



INSTITUTO POLITÉCNICO DE PORTALEGRE

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE



UNIVERSIDADE DE ÉVORA

ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DE SÃO JOÃO DE DEUS



INSTITUTO POLITÉCNICO DE BEJA

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE



INSTITUTO POLITÉCNICO DE SETÚBAL

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE



Instituto Politécnico
de Castelo Branco

INSTITUTO POLITÉCNICO DE CASTELO BRANCO

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE DR LOPES DIAS

Promoção de Hábitos Alimentares Saudáveis - Uma Intervenção dirigida às Crianças em Idade Pré-Escolar: Plim Plão, o Sabichão da Alimentação

Laura Filipa Ramalho Duarte

Orientação: Professora Doutora Ermelinda Caldeira (PhD)

Mestrado em Enfermagem

Área de especialização: Enfermagem comunitária e de Saúde Pública

Relatório de Estágio

Portalegre, 2020



INSTITUTO POLITÉCNICO DE PORTALEGRE

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE



UNIVERSIDADE DE ÉVORA

ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DE SÃO JOÃO DE DEUS



INSTITUTO POLITÉCNICO DE BEJA

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE



INSTITUTO POLITÉCNICO DE SETÚBAL

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE



Instituto Politécnico
de Castelo Branco

INSTITUTO POLITÉCNICO DE CASTELO BRANCO

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE DR LOPES DIAS

Promoção de Hábitos Alimentares Saudáveis - Uma Intervenção dirigida às Crianças em Idade Pré-Escolar: Plim Plão, o Sabichão da Alimentação

Laura Filipa Ramalho Duarte

Orientação: Professora Doutora Ermelinda Caldeira (PhD)

Mestrado em Enfermagem

Área de especialização: Enfermagem comunitária e de Saúde Pública

Relatório de Estágio

Portalegre, 2020

PROMOÇÃO DE HÁBITOS ALIMENTARES SAUDÁVEIS - UMA INTERVENÇÃO DIRIGIDA ÀS CRIANÇAS EM IDADE PRÉ-ESCOLAR: PLIM PLÃO, O SABICHÃO DA ALIMENTAÇÃO

Laura Filipa Ramalho Duarte

Relatório de Estágio especialmente elaborado para a obtenção do grau de Mestre e Especialização em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública

Júri:

Presidente: Professora Doutora Ana Maria Dias Sobral Canhestro

Arguente: Professora Doutora Helena Maria de Sousa Lopes Reis do Arco

Orientador: Professora Doutora Ermelinda do Carmo Valente Caldeira

Data: 07 de outubro de 2020

Recomeça...
Se puderes
Sem angústia
E sem pressa.
E os passos que deres,
Nesse caminho duro
Do futuro
Dá-os em liberdade.
Enquanto não alcances
Não descanses.
De nenhum fruto queiras só metade.

E, nunca saciado,
Vai colhendo ilusões sucessivas no pomar.
Sempre a sonhar e vendo
O logro da aventura.
És homem, não te esqueças!
Só é tua a loucura
Onde, com lucidez, te reconheças...

Miguel Torga

Dedicado:

A ti pai, estrela que brilha e guia o meu caminho.

A ti mãe, por todo o carinho e apoio incondicional.

Agradecimentos

Com o colmatar deste projeto de intervenção comunitária, faz todo o sentido para mim agradecer a quem de uma forma ou outra, contribuiu para a sua realização.

À minha orientadora, professora Dr.^a Ermelinda Caldeira, pela sua orientação, disponibilidade, empenho e dedicação durante a execução deste trabalho.

À minha supervisora, Enfermeira Especialista Carmen Pereira pela disponibilidade, apoio e incentivo.

À educadora de infância bem como as auxiliares de ação educativa, pela sua presença constante como elo de ligação entre a equipa da SE da UCC e o JI.

Ao presidente do CSPSA e sua coadjuvante pela autorização para a realização do projeto.

A todas as crianças envolvidas no projeto, bem como a todos os representantes legais.

A todos os parceiros intervenientes e à terapeuta de intervenção precoce da UCC de Estremoz.

Aos meus colegas do terceiro curso de mestrado em Enfermagem em associação pela partilha de conhecimentos, pelo seu apoio e presença constante em todo este trajeto.

À minha entidade patronal pela possibilidade de conciliar os turnos com a atividade académica.

Aos meus amigos, Susana, Rita, Bruna, Sónia, João, Miguel, Orlando e Ricardo, pela motivação, paciência, transmissão de conhecimentos e carinho em todos os momentos, desde o início deste trajeto até ao final.

Aos meus afilhados, Vicente, Maria, Luísa e Leandro, pelo sorriso inocente de cada um que aviva e motivava o meu interior.

Aos meus familiares, Carina, Francisca, Maximina e Manuel, pelo apoio incondicional deste o primeiro momento em que ingressei neste curso. Por acreditarem e me fazerem acreditar que esta fase chegaria, pela sua paciência e colaboração na vivência de alguns obstáculos.

A outras pessoas que não mencionei mas não menos importantes e que há sua maneira sempre tiveram presentes neste percurso.

RESUMO

Promoção de Hábitos Alimentares Saudáveis: Uma Intervenção dirigida às Crianças em idade Pré-Escolar

“Plim Plão, o Sabichão da Alimentação”

A seleção da temática da Promoção de Hábitos Alimentares Saudáveis em crianças em idade Pré-Escolar permitiu efetuar uma considerável pesquisa bibliográfica sobre a mesma. Um projeto de intervenção comunitária, terá benefícios para todos os envolvidos no mesmo, cada indivíduo ocupa uma posição diferente no projeto, mas todos se complementam e, juntos, transformam e adquirem conhecimentos novos, proporcionando um futuro ganho para a saúde da população.

O projeto está ancorado na Metodologia do Planeamento da Saúde, com o objetivo de promover hábitos alimentares saudáveis nas crianças que frequentam um Jardim Infantil do concelho de Estremoz.

No âmbito do projeto desenvolveu-se um estudo transversal, descritivo e de abordagem quantitativa. Amostra por conveniência constituída por 20 crianças do ensino pré-escolar e representantes legais. Recorreu-se à aplicação de um Inquérito por questionário aplicado de forma indireta e anónima ao representante legal da criança.

Após o diagnóstico de situação, identificou-se que: 13 (65%) das crianças apresentam um estado nutricional normo-ponderal, 5 (25 %) das crianças um estado nutricional de baixo peso, e 2 (10%) crianças apresentava risco de excesso de peso à data em que se procedeu a avaliação antropométrica. Obtiveram-se os valores anteriormente referidos, através do tratamento estatístico recorrendo ao *Software Statistic Package for Social Sciences* versão 2.4 e ao *Microsoft Office Excel*.

Estabeleceram-se prioridades, elaboraram-se estratégias direcionadas às crianças e representantes legais, foram executadas e avaliadas as intervenções, concluindo-se que as intervenções realizadas, foram ao encontro dos objetivos delimitados.

Palavras-chave/Descritores: Enfermagem em Saúde Comunitária, Saúde Escolar, Promoção da Saúde, Hábitos Alimentares.

ABSTRACT

Promotion of Healthy Eating Habits: An Intervention for Preschool Children

“Plim Plão, the Food Sage”

The selection of the theme of Promotion of Healthy Eating Habits in children of Preschool Age allowed to carry out a considerable bibliographic research on the same. A community intervention project will have benefits for everyone involved in it, each individual occupies a different position in the project, but everyone complements each other and, together, transform and acquire new knowledge, providing a future gain for the health of the population.

The project is anchored in the Health Planning Methodology, with the objective of promoting healthy eating habits in children attending a kindergarten in the municipality of Estremoz.

Within the scope of the project, a cross-sectional, descriptive study with a quantitative approach was developed. Convenience sample consisting of 20 preschool children and legal representatives. A questionnaire survey was applied indirectly and anonymously to the child's legal representative.

After the diagnosis of the situation, it was identified that 13 (65%) of the children had a normal nutritional status, 5 (25%) of the children had a low weight, and 2 (10%) children were at risk of overweight at the time the anthropometric assessment was carried out. The previously mentioned values were obtained through the Statistical Treatment using the Software Statistic Package for Social Sciences version 2.4 and Microsoft Office Excel.

Priorities were established, strategies were drawn up for children and legal representatives, interventions were carried out and evaluated, concluding that the interventions carried out, met the defined objectives.

Keywords: Community Health Nursing, School health, Health Promotion, Eating habits.

LISTA DE ABREVIATURAS/SIGLAS

% – Percentagem

/ – Dividir

ACES – Agrupamento de Centros de Saúde

AEE – Agrupamento de Escolas de Estremoz

AENOR – Associação Espanhola de Normalização e Certificação

AP – António Pires

APA – American Psychological Association

ARS – Administração Regional de Saúde

ARSA – Administração Regional de Saúde de Alentejo

CILE – Consentimento Informado Livre e Esclarecido

CPCJ – Comissão de Proteção de Crianças e Jovens

CSP – Cuidados de Saúde Primários

CSPSA – Centro Social e Paroquial de Santo André

DGS – Direção-Geral da Saúde

DL – Decreto-Lei

EB – Escolinha BabyLândia

EBSG – Escola Básica Sebastião da Gama

ECCI – Equipa de Cuidados Continuados Integrados

ECL – Equipa Coordenadora Local

ECSCP – Equipa Comunitária de Suporte Cuidados Paliativos

EECSP – Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública

EPE – Educação Pré-Escolar

ESRSI – Escola Secundária Rainha Santa Isabel

EXTRSI – Externato Rainha Santa Isabel

gr – gramas

IBM SPSS – International Business Machines Corporation - Statistical Package for the Social Sciences

INE – Instituto Nacional de Estatística

IPP – Instituto Politécnico de Portalegre

IPSS – Instituição Particular e Solidariedade Social

JI – Jardim Infantil

JICSPSA – Jardim Infantil do Centro Social e Paroquial de Santo André

Kg – Quilogramas

Km – Quilómetro

MPSNP – Modelo de Promoção da Saúde de Nola Pender

NUTSIII – Nomenclatura das Unidades Territoriais para fins estatísticos

OE – Ordem dos Enfermeiros

OMS – Organização Mundial de Saúde

PMR – Porção Média Recomendada

PNPAS – Programa Nacional para a Promoção da Alimentação Saudável

PNS – Plano Nacional de Saúde

PNSE – Programa Nacional de Saúde Escolar

RNCCI – Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados

SE – Saúde Escolar

SNS – Serviço Nacional de Saúde

SUB – Serviço de Urgência Básica

UAG – Unidade de apoio à gestão.

UCC – Unidade de Cuidados na Comunidade

UCSP – Unidade de Cuidados de Saúde Personalizadas

URAP – Unidade de Recursos Assistenciais Partilhados

USF – Unidade de Saúde Familiar

X – Multiplicar

ÍNDICE

INTRODUÇÃO	16
1. ENQUADRAMENTO CONCEPTUAL	19
1.1. EDUCAÇÃO PRÉ-ESCOLAR EM PORTUGAL	19
1.2. A ALIMENTAÇÃO	21
1.2.1. A alimentação saudável	21
1.2.2. A alimentação em idade pré-escolar	23
1.2.3- Promoção de hábitos alimentares saudáveis em contexto pré-escolar	26
2. ANÁLISE DO CONTEXTO	32
2.1. CARATERIZAÇÃO DO AMBIENTE DE REALIZAÇÃO DO ESTÁGIO	32
2.2. CARATERIZAÇÃO DOS RECURSOS HUMANOS E MATERIAIS	40
3. METODOLOGIA	41
3.1. METODOLOGIA DO PLANEAMENTO DA SAÚDE	41
3.2. INSTRUMENTO E MÉTODO DE RECOLHA DE DADOS E PROCEDIMENTO DE ANÁLISE DE DADOS	44
3.3. POPULAÇÃO ALVO	45
3.4. QUESTÕES ÉTICAS	46
4. DIAGNÓSTICO DA SITUAÇÃO	50
4.1. CUIDADOS E NECESSIDADES ESPECÍFICAS DA POPULAÇÃO ALVO	50
5. ANÁLISE REFLEXIVA SOBRE OS OBJETIVOS	66
6. ANÁLISE REFLEXIVA SOBRE AS INTERVENÇÕES	70
6.1. O MODELO DE PROMOÇÃO DA SAÚDE DE NOLA PENDER	70
6.2. ANÁLISE REFLEXIVA SOBRE AS ESTRATÉGIAS ACIONADAS	72
6.3. FUNDAMENTAÇÃO DAS INTERVENÇÕES	73
6.4. RECURSOS HUMANOS, MATERIAIS E FÍSICOS	60
6.5. ENTIDADES E PARCERIAS ENVOLVIDAS NO PROJETO	60
6.6. ANÁLISE DA ESTRATÉGIA ORÇAMENTAL	82
6.7. CUMPRIMENTO DO CRONOGRAMA DE ATIVIDADES	83
6.8. COMUNICAÇÃO E DIVULGAÇÃO DO PROJETO	84

7. ANÁLISE REFLEXIVA SOBRE O PROCESSO DE AVALIAÇÃO E CONTROLO ...	85
7.1. AVALIAÇÃO DOS OBJETIVOS	85
7.2. DESCRIÇÃO DOS MOMENTOS DE AVALIAÇÃO INTERMÉDIA E MEDIDAS CORRETIVAS INTRODUZIDAS	86
8. ANÁLISE REFLEXIVA SOBRE AS COMPETÊNCIAS MOBILIZADAS E ADQUIRIDAS ENQUANTO MESTRE E ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM COMUNITÁRIA E DE SAÚDE PÚBLICA	91
CONCLUSÃO	97
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	100

ANEXOS

ANEXO 1- Parecer favorável da comissão de ética para a saúde, para a realização do projeto de intervenção comunitária	108
---	-----

APÊNDICES

APÊNDICE 1- Solicitação de autorização à coordenadora da UCC	112
APÊNDICE 2- Solicitação de autorização ao presidente de JICSPSA	115
APÊNDICE 3- Solicitação de autorização ao encarregado de dados do IPP	118
APÊNDICE 4- Solicitação de autorização à DGE para aplicação de inquéritos em meio escolar	121
APÊNDICE 5- Parecer favorável da autora do questionário para a sua utilização e adaptação	125
APÊNDICE 6- Consentimento informado, livre e esclarecido	128
APÊNDICE 7- Questionário adaptado e utilizado para a recolha de dados	132
APÊNDICE 8- Ficha de dados antropométricos	151
APÊNDICE 9- Distribuição percentual do estado nutricional das crianças em função das curvas de referência da OMS	153
APÊNDICE 10- Distribuição percentual da avaliação do estado nutricional e período de amamentação...	155
APÊNDICE 11- Distribuição percentual do peso à nascença	157
APÊNDICE 12- Distribuição percentual da introdução de outro alimento além do leite materno	159
APÊNDICE 13- Distribuição percentual do período despendido pelas crianças na escola	161
APÊNDICE 14- Distribuição percentual do tempo médio a assistir a programas televisivos por semana	163
APÊNDICE 15- Distribuição percentual do tempo médio despendido em jogos digitais	164

APÊNDICE 16- Distribuição percentual da preocupação do representante legal em relação ao comportamento alimentar da criança	167
APÊNDICE 17- Distribuição percentual da refeição da criança	168
APÊNDICE 18- Distribuição percentual da preocupação dos respondentes quanto à escolha de alimentos aquando de aquisição de produtos alimentares	171
APÊNDICE 19 - Distribuição percentual da frequência e PMR da ingestão de leite, laticínios e produtos lácteos por parte das crianças	173
APÊNDICE 20- Distribuição percentual da frequência e PMR da ingestão de carne e produtos similares / ovos por parte das crianças	175
APÊNDICE 21- Distribuição percentual da frequência da ingestão e PMR de peixe e marisco por parte das crianças	177
APÊNDICE 22- Distribuição percentual da frequência e PMR da ingestão de Óleos e Gorduras por parte das crianças	179
APÊNDICE 23 - Distribuição percentual da frequência e PMR da ingestão de Frutas por parte das crianças	181
APÊNDICE 24- Distribuição percentual da frequência e PMR da ingestão de Bebidas por parte das crianças	183
APÊNDICE 25- Mascote do projeto de intervenção comunitária	185
APÊNDICE 26- Pulseira entregue no final do estágio às crianças, educadora de infância e auxiliares educativas	187
APÊNDICE 27- Atividade 1- Sessão de educação para a saúde “O semáforo da alimentação”	189
APÊNDICE 28- Atividade 2- Sessão de educação para a saúde “Eu sou o que como e como me vejo” ...	192
APÊNDICE 29- Atividade 3- Sessão de educação para a saúde “Vamos à pesca dos alimentos”	195
APÊNDICE 30- Atividade 4- Sessão de educação para a saúde “Aprendo a construir a roda a alimentação mediterrânica”	198
APÊNDICE 31- Atividade 5- Sessão de educação para a saúde “Atividades didáticas sobre alimentação saudável”	201
APÊNDICE 32- Atividade 6- Sessão de educação para a saúde “Aprendo a confeccionar uma sopa saudável- a História do Rato Renato”	204
APÊNDICE 33- Atividade 7- Sessão de educação para a saúde “O Yoga vai à minha escola”	207
APÊNDICE 34- Atividade 8- Sessão de educação para a saúde “Aprendo como se faz o pão”	210
APÊNDICE 35- Atividade 9- Sessão de educação para a saúde dirigida aos representantes legais “Bem comer, dá saúde e faz crescer”	214
APÊNDICE 36- Grelha de avaliação da qualidade da sessão de educação para a saúde dirigida aos representantes legais	217

APÊNDICE 37- Protocolo de colaboração entre a Administração Regional de Saúde do Alentejo I.P./ Agrupamentos de Saúde do Alentejo Central e o CSPA	219
APÊNDICE 38- Cronograma das atividades	224
APÊNDICE 39- Artigo científico	226
APÊNDICE 40- Diário de Bordo	233
APÊNDICE 41- Ficha de avaliação das atividades	235

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1: Principais etapas no Processo de Planeamento em Saúde	42
Figura 2: Diagrama do Modelo de Promoção da Saúde de Nola Pender	71

ÍNDICE DE MAPAS

Mapa 1: Comunidades Intermunicipais do Alentejo 2019	32
Mapa 2: Alentejo Central	33
Mapa 3: Conselho de Estremoz	33

ÍNDICE DE QUADROS

Quadro 1- Distribuição percentual da frequência da ingestão de Hidratos de Carbono por parte das crianças	57
Quadro 2- Distribuição percentual da PMR entre a ingestão de Hidratos de Carbono por parte das crianças	58
Quadro 3- Distribuição percentual da frequência da ingestão de Hortaliças e Legumes por parte das crianças	59
Quadro 4- Distribuição percentual da PMR entre a ingestão de Hortaliças e Legumes por parte das crianças	60
Quadro 5- Distribuição percentual da frequência da ingestão de Doces e Pastelaria por parte das crianças	61
Quadro 6- Distribuição percentual da PMR da ingestão de doces e pastelaria por parte das crianças	64
Quadro 7- Metas e indicadores de atividades para o objetivo específico 1.1	67
Quadro 8- Metas e indicadores de atividades para o objetivo específico 1.2	67
Quadro 9- Metas e indicadores de atividades para o objetivo específico 1.3	68

Quadro 10- Metas e indicadores de atividades para o objetivo específico 1.4	68
Quadro 11- Metas e indicadores de atividades para o objetivo específico 1.5.....	69
Quadro 12- Metas e indicadores de atividades para o objetivo específico 1.6	69
Quadro 13- Recursos humanos do projeto	80
Quadro 14- Recursos materiais e físicos do projeto	80
Quadro 15- Custos do projeto	82
Quadro 16- Metas e indicadores de avaliação para o objetivo específico 1.1	86
Quadro 17- Metas e indicadores de avaliação para o objetivo específico 1.2	87
Quadro 18- Metas e indicadores de avaliação para o objetivo específico 1.3	87
Quadro 19- Metas e indicadores de avaliação para o objetivo específico 1.4	88
Quadro 20- Metas e indicadores de avaliação para o objetivo específico 1.5	88
Quadro 21- Metas e indicadores de avaliação para o objetivo específico 1.6	89

ÍNDICE DE TABELAS

Tabela 1: População do Conselho de Estremoz por Faixas Etárias e Género	35
Tabela 2: Alunos e estabelecimentos de ensino 2018/2019	35

INTRODUÇÃO

Não sendo unicamente da responsabilidade do sector da saúde, exige-se a prática de hábitos e estilos de vida saudáveis por cada indivíduo e verifica-se que, com o avançar da idade e as alterações no modo de vida familiar, novas práticas e estilos que se adquirem afetam e interferem com a saúde pública (Martins, 2016). Assim, ganha extrema importância perceber os estilos de vida das populações, a fim de se poder intervir em casos graves de malnutrição, obesidade ou sedentarismo. Neste sentido, é bastante importante criar ações de promoção de estilos de vida saudável. O ponto de partida poderá passar por projetos que envolvam a participação da comunidade escolar e familiar da criança, bem como de intervenientes/entidades responsáveis por esta área (Mendes, 2018).

A faixa etária do pré-escolar é entendida, como uma fase da vida com elevada suscetibilidade à incorreta nutrição (Castro & Carmo, 2014).

Caso existam carências nutricionais nesta fase, irá haver consequências na criança, nomeadamente, crescimento com deficit, maior possibilidade de infeções, alterações no desenvolvimento do sistema nervoso, bem como no desenvolvimento intelectual e mental (Castro & Carmo, 2014).

A saúde escolar assume-se como uma questão de primordial importância no que se refere ao desenvolvimento humano, na medida em que constitui

O referencial do sistema de saúde para o processo de promoção da saúde na escola, que deve desenvolver competências na comunidade educativa que lhe permita melhorar o seu nível de bem-estar físico, mental e social e contribuir para a melhoria da sua qualidade de vida (Direção Geral da Saúde (DGS), 2006, citada pela Ordem dos Enfermeiros (OE), (2013:1).

É neste pressuposto que surge o presente trabalho, enquadrado no âmbito da unidade curricular Estágio Final do Curso de Mestrado em Enfermagem em Associação. O estágio foi desenvolvido numa Unidade de Cuidados Continuados (UCC) do ACES Alentejo Central.

O presente projeto de intervenção comunitária, está ancorado à Metodologia de Projeto, seguindo as diferentes fases do planeamento em saúde (diagnóstico da situação, estabelecimento de objetivos, determinação de estratégias, elaboração do plano de ação e avaliação) (Imperator e Giraldes, 1982). A abordagem desta temática, tem por base o Plano Nacional de Saúde (PNS), com principal incidência no Programa Nacional para a Promoção da Alimentação Saudável (PNPAS) e o Programa Nacional de Saúde Escolar (PNSE).

Foi neste pressuposto que se pretendeu o desenvolvimento de um projeto de intervenção comunitária, incidindo na fase inicial do plano o diagnóstico de situação, o qual teve lugar em maio de 2019, tendo sido a população alvo constituída pelas crianças da sala do pré-escolar do JICSPSA.

Como objetivo geral definiu-se:

- Promover hábitos alimentares saudáveis nas crianças que frequentam um Jardim Infantil do concelho de Estremoz, até junho de 2020.

Como objetivos específicos delimitaram-se:

- Sensibilizar as crianças do JICSPSA para a importância dos benefícios de uma alimentação saudável;

- Promover o envolvimento/participação dos representantes legais, educadora de infância e auxiliares de ação educativa nas atividades planeadas durante a implementação do projeto;

- Aumentar em 60% o consumo de leguminosas (ervilhas, grãos e favas), nas crianças da sala do pré-escolar do JICSPSA, até junho de 2020;

- Diminuir a ingestão de cereais e derivados (pão branco, pão de forma, massas, esparguete e macarrão, bolacha Maria® ou Torrada® e outras bolachas, biscoitos), em 30% das crianças do pré-escolar do JICSPSA, até junho de 2020;

- Aumentar em 60% o consumo de cereais e derivados (pão integral, centeio e mistura), nas crianças da sala do pré-escolar do JICSPSA, até junho de 2020;

- Sensibilizar os representantes legais das crianças que frequentam a “Sala das Descobertas” do JICSPSA, para a importância dos benefícios de uma alimentação saudável até junho de 2020.

O presente projeto encontra-se dividido em oito capítulos. No primeiro capítulo será apresentado um breve enquadramento conceptual sobre a temática em questão. No segundo capítulo será efetuada a análise do contexto. No terceiro capítulo aborda-se a Metodologia do Planeamento da Saúde, o instrumento e método de recolha de dados e procedimento de análise de dados, a população alvo e as questões éticas que envolveram todo este percurso. No quarto capítulo, tendo por base o diagnóstico da situação, serão explanados os cuidados e necessidades específicas da população. Por sua vez, no quinto capítulo será apresentada uma análise reflexiva sobre os objetivos. No sexto capítulo será efetuada uma análise reflexiva sobre as intervenções desenvolvidas. No

sétimo capítulo efetua-se uma reflexão sobre o processo de avaliação e controlo e, por último, uma análise reflexiva sobre as competências mobilizadas e adquiridas enquanto mestre e especialista em enfermagem comunitária e de saúde pública, terminando o capítulo em jeito de conclusão.

Objetiva-se assim, descrever o trajeto percorrido ao longo da frequência no Curso de Mestrado em Associação em Enfermagem na área da Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública, recorrendo ao processo de análise e reflexão sobre todas as atividades desenvolvidas ao longo do estágio, que permitiram a mobilização e aquisição de novas competências.

O presente trabalho assenta no regulamento do Estágio Final e do Relatório do Mestrado em Enfermagem, que visa a aplicação das normas constantes no regulamento de Funcionamento do Mestrado em Enfermagem em Associação e nas normas de trabalhos escritos do Instituto Politécnico de Portalegre.

Quando à organização e formatação, o presente relatório está elaborado segundo as Normas de Elaboração e Apresentação de Trabalhos Escritos (Arco, A., Arco, H., Lucindo & Martins, 2018), cumpre as regras do Novo Acordo Ortográfico da Língua Portuguesa, as diretivas de referência de fontes da *American Psychological Association* [APA] – 6ª edição.

1. ENQUADRAMENTO CONCEPTUAL

1.1. EDUCAÇÃO PRÉ-ESCOLAR EM PORTUGAL

A par da evolução gradual da sociedade, o sistema educativo também se foi desenvolvendo, pelo que a Educação Pré-Escolar (EPE) tem vindo a assumir um papel fulcral na atualidade em Portugal. Aperfeiçoar o conhecimento do(a) educador(a), como estruturador(a) do currículo de cada indivíduo, vem sendo umas das principais finalidades do desenvolvimento da EPE (Campos, 2017).

A educação pré-escolar é a primeira etapa da educação básica no processo de educação ao longo da vida, sendo complementar da ação educativa da família, com a qual deve estabelecer estreita cooperação, favorecendo a formação e o desenvolvimento equilibrado da criança, tendo em vista a sua plena inserção na sociedade como ser autónomo, livre e solidário (Lei n.º 5/97 de 10 de fevereiro, Capítulo II, artigo 2.º, 1997: 670).

No ano de 1997, foi publicada a Lei-Quadro da Educação Pré-Escolar (Lei n.º 5/97 de 10 de fevereiro), que define os seguintes objetivos gerais e pedagógicos da EPE:

- a) Promover o desenvolvimento pessoal e social da criança com base em experiências de vida democrática numa perspetiva de educação para a cidadania;
- b) Fomentar a inserção da criança em grupos sociais diversos, no respeito pela pluralidade das culturas, favorecendo uma progressiva consciência do seu papel como membro da sociedade;
- c) Contribuir para a igualdade de oportunidades no acesso à escola e para o sucesso da aprendizagem;
- d) Estimular o desenvolvimento global de cada criança, no respeito pelas suas características individuais, inculcando comportamentos que favoreçam aprendizagens significativas e diversificadas;
- e) Desenvolver a expressão e a comunicação através da utilização de linguagens múltiplas como meios de relação, de informação, de sensibilização estética e de compreensão do mundo;
- f) Despertar a curiosidade e o pensamento crítico;
- g) Proporcionar a cada criança condições de bem-estar e de segurança, designadamente no âmbito da saúde individual e coletiva;
- h) Proceder à despistagem de inaptações, deficiências e precocidades, promovendo a melhor orientação e encaminhamento da criança;
- i) Incentivar a participação das famílias no processo educativo e estabelecer relações de efetiva colaboração com a comunidade (Lei n.º 5/97 de 10 de fevereiro, Capítulo IV, artigo 10.º, 1997: 671-672).

A EPE é encarada como uma das precedentes do extenso percurso educativo, desta forma, o jardim-de-infância é um lugar distinto para a obtenção de diferentes aprendizagens que serão alicerces imprescindíveis no caminho formativo da criança (Campos, 2017).

O jardim-de-infância assume um lugar singular e primaz para a intervenção do enfermeiro especialista em enfermagem comunitária e de saúde pública, visando o crescimento saudável da criança, a adoção de comportamentos e hábitos alimentares saudáveis, tendo como objetivo último não só o crescimento e aperfeiçoamento comportamental das crianças, bem como o dos professores e familiares (Mira, 2006).

Crianças com idades compreendidas entre os 3 anos e a admissão no ensino básico podem frequentar a EPE em estabelecimentos vocacionados para o efeito, de acordo com a lei. Frequentar o pré-escolar é opcional para a família da criança, pois é a estes que cabe, em primeiro lugar, a educação dos filhos. Contudo, é obrigatoriedade de o Estado contribuir ativamente para a generalização da oportunidade de educação pré-escolar (Lei n.º 5/97 de 10 de fevereiro, Capítulo II, artigo 3.º, 1997).

É durante a infância e a adolescência que se efetuam escolhas de estilos de vida decisivos para futuros riscos e para a salubridade na idade adulta, pelo que, ao iniciar-se a formação na fase pré-escolar, a consciencialização para hábitos e práticas alimentares saudáveis é de todo primordial. Deve dar-se a oportunidade de capacitação a cada indivíduo para possuir recursos que lhe possibilitem efetuar opções saudáveis (Lourenço, Santos & Carmo, 2014).

É função estatal:

- a) Criar uma rede pública de educação pré-escolar, generalizando a oferta dos respetivos serviços de acordo com as necessidades;
- b) Apoiar a criação de estabelecimentos de educação pré-escolar por outras entidades da sociedade civil, na medida em que a oferta disponível seja insuficiente;
- c) Definir as normas gerais da educação pré-escolar, nomeadamente nos seus aspetos organizativo, pedagógico e técnico, e assegurar o seu efetivo cumprimento e aplicação, designadamente através do acompanhamento, da avaliação e da fiscalização;
- d) Prestar apoio especial às zonas carenciadas (Lei n.º 5/97 de 10 de fevereiro, Capítulo II, artigo 5.º, 1997: 671).

Desta forma, a contínua elaboração e execução de políticas preventivas e de vigilância na idade pré-escolar que se vêm constatando, constitui-se como uma ferramenta fundamental para a prevenção de muitas patologias (Cardoso, 2014).

1.2. A ALIMENTAÇÃO

Sendo a alimentação uma necessidade primária dos indivíduos, ela é suprema para a preservação e continuidade da saúde, ao longo do ciclo vital, em especial na infância. As exigências nutricionais nas crianças variam de acordo com a faixa etária em que se encontram. A educação para hábitos alimentares saudáveis é fundamental, pois estes subsistem ao longo de toda a existência de um indivíduo (Cardoso, 2014).

Para Campos (2017:34), “a importância da alimentação nos primeiros cinco anos de vida de uma criança requer cuidados específicos”. É decisiva para a saúde de todas as crianças a escolha de alimentos diversificados e isentos de contaminantes, quer no que se refere à sua produção, limpeza, tipo, método de preparação e confeção (Campos, 2017).

Entre as várias funções da alimentação, Candeias, Nunes, Morais, Cabral & Silva (2005: 5) mencionam que a alimentação:

- Assegura a sobrevivência do ser humano;
- Fornece energia e nutrientes necessários ao bom funcionamento do organismo;
- Contribui para a manutenção do nosso estado de saúde físico e mental;
- Desempenha um papel fundamental na prevenção de certas doenças (ex.: obesidade, doenças cardiovasculares, diabetes, certos tipos de cancro, etc.);
- Contribui para o adequado crescimento e desenvolvimento das crianças e adolescentes.

A alimentação saudável da criança, resulta da interação de diversos fatores determinantes, nomeadamente, as preferências desenvolvidas que relaciona com o prazer associado ao sabor dos alimentos, a educação, para além de fatores psicológicos, sociais, culturais e económicos (Campos, 2017; Martins, 2016).

1.2.1. A alimentação saudável

Realizar uma alimentação saudável precocemente é imprescindível. Hábitos alimentares saudáveis a começar da infância assegurarão qualidades notáveis de saúde, propiciarão crescimento físico e intelectual apropriado, circunscrevendo adversidades geradas por carências nutricionais e impedindo o aparecimento da obesidade e de outros distúrbios alimentares (Pinto, 2017; Campos, 2017). Assim, também Nunes & Breda (2001: 7) evidenciam que “Somos o que comemos”.

A alimentação baseia-se em adquirir do ambiente uma variedade de produtos, naturais ou modificados, que conhecemos pela designação de alimentos, os quais possuem substâncias químicas designadas de nutrientes, pedras basulares do bom desenvolvimento e funcionamento do organismo (Nunes & Breda, 2001).

Almeida & Afonso (1997: 37) definem «alimento» como sendo:

Toda a substância utilizada para nutrir os seres vivos e que contribui, conseqüentemente, para assegurar: os materiais necessários para a formação, crescimento e reparação das células e tecidos, os materiais necessários para o seu metabolismo equilibrado, os constituintes orgânicos necessários para a produção de energia.

Os indivíduos, ao alimentarem-se, facultam ao seu organismo determinados elementos, os já referidos nutrientes ou nutrientes. “Os nutrientes são substâncias que fazem parte da constituição dos alimentos e que nos ajudam a crescer, desenvolver e manter saudáveis” (Instituto do Consumidor, 2004: 8), “os nutrientes são as substâncias existentes nos alimentos que têm que ser fornecidas diariamente ao organismo para que este possa crescer, reparar e substituir as células e os tecidos, obter energia e todas as substâncias necessárias ao seu funcionamento” (Santos & Precioso, 2012: 10).

De acordo com a sua composição química, os nutrientes podem categorizar-se em grupos, o dos hidratos de carbono, das proteínas, das gorduras, das vitaminas, dos sais minerais, das fibras alimentares e da água. Estes, no corpo humano, têm três imprescindíveis “funções: função energética, função plástica ou reparadora e função reguladora” (Nunes & Breda, 2001: 16).

O mito de que ter hábitos alimentares saudáveis corresponde a ter uma alimentação limitada e monótona não tem razão de ser, pois a variedade é um dos alicerces primordiais para se efetivar uma alimentação saudável (Candeias, 2005).

Ter uma alimentação saudável, dieta equilibrada ou balanceada é similar e os três princípios fundamentais para existir uma alimentação saudável são ser completa, variada e equilibrada, ou seja, ao longo de todo o dia devem ingerir-se alimentos de todos os grupos, e dentro de cada grupo variar os alimentos respeitando dentro de cada um as doses diárias recomendadas e os equivalentes (Associação Portuguesa dos Nutricionistas, 2011).

Em 1977 foi desenvolvida a Roda dos Alimentos destinada a integrar a Campanha de Educação Alimentar “Saber comer é saber viver”. Nos dias que correm, tem-se assistido à evolução do saber científico, bem como dos hábitos alimentares dos portugueses, pelo que se verificou a necessidade de atualizar e reestruturar a Roda dos Alimentos, que, apesar de manter a configuração original, fragmenta alguns grupos e explicita as doses diárias correspondentes. Organizada por sete

grupos de alimentos com distintas proporções, cada grupo contém os alimentos que exibem funções e as particulares valências nutricionais exclusivas e análogas. A água está integrada em todos os grupos, pelo que não dispõe de um particular; efetivamente, a água é constituinte da maioria dos alimentos (Campos, 2017).

Os sete grupos da Roda dos Alimentos foram designados pela Direcção-Geral do Consumidor e pela Associação Portuguesa de Nutricionistas (2013), como: grupo dos cereais, seus derivados e tubérculos; grupo das hortícolas; grupo da fruta; grupo dos lacticínios; grupo das carnes, pescado e ovos; grupo das leguminosas e grupo das gorduras e óleos.

Assim, “fazer escolhas alimentares é um processo complexo, dinâmico e multifacetado, embutido nos relacionamentos sociais e que tem consequências a curto e longo prazo para a saúde” (Rossi, Moreira & Rauen, 2008: 742).

1.2.2. A alimentação em idade pré-escolar

As crianças entre os 3 e os 6 anos de idade encontram-se numa fase de desenvolvimento que se caracteriza pelo período em que a criança começa a andar até ao período de entrada na escola. Este tempo é assinalado por imensas atividades e descobertas, verificando-se um marcante período de desenvolvimento físico e de personalidade, durante o qual as crianças conquistam a linguagem e iniciam o estabelecimento de ligações sociais mais amplas. Conquistam o autocontrolo e domínio, progridem no desenvolvimento da consciência gradual de dependência e independência, conquistando-se a estruturação do autoconceito (Wong, 1999).

Nesta fase de desenvolvimento, manifesta-se a conquista da função simbólica, adquirida através da imitação, dos jogos simbólicos, das ilustrações, das representações mentais e do dialeto. No decorrer do desenvolvimento da linguagem, possibilita-se uma gradual e relevante relação da criança com o meio envolvente. No âmbito dos conhecimentos sobre o planeta, a EPE deve criar na criança a motivação constante de conhecer e entender o porquê (Almeida et al., 2005).

Como já foi referido anteriormente, a alimentação infantil é resultado de vários fatores, nomeadamente a aprendizagem que é facultada às crianças, os hábitos incutidos pelos pais, as características pessoais de cada criança assim como a disponibilidade parental para a aquisição de alimentos (Martins, 2016).

Durante o período do pré-escolar, é fundamental proceder à seleção dos alimentos, valorizando a qualidade, a higiene e a variedade. Sendo nesta fase que as crianças conquistam hábitos

relacionados com alimentação, também no que se refere à ingestão de doces e gorduras, verifica-se então a necessidade de privilegiar a ingestão em quantidades satisfatórias de hortícolas e frutas (Campos, 2017).

Como evidencia Cordeiro (2014), qualquer criança pertencente a esta faixa etária beneficia da ingestão de alimentos por inúmeras razões:

- Para viver, uma vez que o funcionamento celular se efetuar recorrendo à energia que provém da transformação da glicose com o oxigénio que nos advém da respiração;
- Para preservar a temperatura do corpo;
- Para crescer, uma vez que é neste estágio que todas as estruturas e tecidos do corpo humano crescem de forma rápida e verifica-se a imprescindibilidade energética, proveniente dos hidratos de carbono e de outros nutrientes, tais como: proteínas, gorduras, vitaminas, minerais, fibras e água;
- Para executar práticas racionais/mentais e físicas.

É na fase pré-escolar que se deve suscitar nas crianças a motivação para aprender, a inteligência para observar, a ambição de vivenciar, o interesse para saber e conquistar uma conduta crítica. Paralelamente, a criança apercebe-se das suas limitações, bem com daquelas que lhe são impostas pelos adultos. A família, protetora do crescimento da criança, assegura, não só a sua sobrevivência física, mas também os elementos primordiais para a conquista de autonomia e identidade pela criança (Almeida et al., 2005).

Desde cedo que se verifica o desenvolvimento do comportamento alimentar e existem evidências científicas que indicam que a alimentação materna durante a gravidez e a amamentação podem influir no paladar das crianças, o que, posteriormente, se irá refletir nas escolhas alimentares que fazem, bem como na continuação e elaboração do comportamento alimentar da criança (Martins, 2016).

É nesta fase de desenvolvimento que se observa um aumento anual de aproximadamente 2 a 3 kg do peso corporal e o comprimento de nascimento é duplicado por volta dos 4 anos, verificando-se um aumento anual de 6 a 8 cm (Wong, 1999).

Durante os primeiros cinco anos de vida, as crianças são obrigadas a efetuar uma acelerada substituição do hábito de mamar para a ingestão de alimentos conducentes à alimentação adulta. É durante este período de vida, mais do que em qualquer outro, que elas aprendem sobre hábitos alimentares e alimentos. Constata-se que a preferência pelo sabor doce e negação do amargo é inata nas crianças. Verifica-se ainda o gosto pelo paladar salgado e a renúncia, ou relutância, em degustar alimentos que não lhe são familiares (Ribeiro, 2015; Pataco, 2013).

Com 4 anos de idade, as crianças tipificam os alimentos em função das suas particularidades sensoriais, categorizando-os pelas suas características sensoriais; por outras palavras, se o alimento tiver um sabor desagradável, ou se o associarem a uma anterior experiência traumática, é observado como duvidoso. Contudo, a partir dos 8 anos de idade, o alimento é repudiado devido à sua classificação, quer pela sua origem, quer pela hipótese de poder ter contactado com algo poluído (Pataco, 2013).

A ingestão de fruta e produtos hortícolas, devido à sua enorme virtude nutricional, vem sendo visível na atualidade pois os nutrientes que os constituem possuem um valor protetor nutricional muito rico (Fernandes, 2010).

Os estudos científicos efetuados para se avaliar o consumo de fruta e hortícolas na população em idade escolar, adulta e jovem evidenciam que o consumo destes nutrientes se encontra muito aquém do recomendado pela OMS. É de todo pertinente ressaltar que, num dos estudos efetuados, se verificou que as crianças portuguesas se destacavam pela ingestão mais elevada de produtos hortícolas e de fruta (Fernandes, 2010).

Do ponto de vista nutricional, no período pré-escolar, é fundamental procurar obter-se um equilíbrio entre a energia que a criança consome e a energia que gasta; caso contrário, haverá acumulação de gordura e consequente aumento de peso (Aparício, 2010).

Outras evidências demonstram que a criança, ao receber ou rejeitar determinado alimento, reage pela influência visual do mesmo. Efetivamente, a criança decide com base na imagem visual do alimento, ou seja, elabora uma representação do alimento, como por exemplo, de como deverá ser apresentado, de como deverá ser o seu cheiro. Se a imagem do alimento elaborada pela criança não corresponder à real, a hipótese de aquele vir a ser experimentado pela criança é muito reduzida (Pataco, 2013).

O contexto social em que os alimentos são apresentados e consumidos, a observação dos pares na alimentação, também influencia o desenvolvimento das preferências alimentares da criança. A evidência demonstra que algumas crianças que referiram não gostar de hortícolas, quando fazem as suas refeições junto de outras crianças que as consomem, acabam por as ingerir também (Ribeiro, 2015).

As expressões que a criança faz ao ingerir determinados alimentos e a atitude dos pais, como recompensa ou pressão, influenciam a aquisição de hábitos alimentares (Viana, 2008).

A educação alimentar, segundo Contento et al. (2005), remete para a transmissão de conhecimentos adequados relacionados com a alimentação e nutrição, visando o desenvolvimento e perpetuação de atitudes adequadas nos indivíduos, no que diz respeito aos comportamentos atuais e

futuros, no contexto cultural e económico. A educação alimentar visa, assim, a adoção de comportamentos e hábitos alimentares saudáveis de forma voluntária. Quanto mais cedo for aplicada a educação alimentar, mais cedo se verificará alteração nos padrões alimentares, com o intuito de promover a saúde e prevenir a doença (Ribeiro, 2015).

Durante o período da educação pré-escolar, entre os 3 e os 5 anos de idade, verifica-se que a criança adquire muitas noções relacionadas com a alimentação e adquire hábitos alimentares que tendem a manter-se no futuro (Ribeiro, 2015). As orientações curriculares para a educação do pré-escolar defendem que “a criança deverá compreender a importância de lavar as mãos antes das refeições, o porquê de se comer a horas certas e porque não se deve abusar de determinados alimentos” (Baptista, 2015: 8).

Quer por parte dos educadores e dos familiares e por ação de políticas governamentais, deve persuadir-se a criança a consumir alimentos saudáveis, para se proceder a uma alimentação saudável e equilibrada (Martins, 2016), que terá impacto futuro na qualidade de vida do indivíduo adulto (Ribeiro, 2015).

1.2.3. Promoção de hábitos alimentares saudáveis em contexto pré-escolar

Em Portugal, os princípios que têm orientado a intervenção da SE têm tido como ancoragem um conjunto de orientações legais e normativas, assim como de recomendações nacionais e internacionais que, posteriormente, tem o seu reflexo nos diversos programas de saúde adotados, entre os quais o PNSE (DGS, 2015).

A relevância da Saúde Escolar ficou sublinhada na Carta de Ottawa, apresentada em novembro de 1986, um documento que tinha como intuito contribuir para que Saúde para Todos no Ano 2000 e seguintes se tornasse realidade (1ª conferencia internacional sobre Promoção da Saúde, 1986).

Neste documento, reconhece-se a escola, o domicílio, os locais de trabalho e outras estruturas comunitárias como espaços privilegiados para a promoção da saúde, com o objetivo de habilitar os indivíduos na aprendizagem para a adoção de melhores comportamentos de saúde ao longo do seu ciclo vital, consciencializando-os para as diferentes etapas do mesmo, bem como para enfrentarem doenças crónicas e incapacidades (1ª conferencia Internacional sobre Promoção da Saúde, 1986).

A Saúde Escolar tem tido um percurso notável, com marcas indestrutíveis e significativas na promoção da saúde e prevenção da doença no âmbito escolar. O enfoque epidemiológico inicial nas doenças não transmissíveis que influenciavam o estado de saúde da população portuguesa deu origem a profundas alterações no paradigma da Saúde Escolar. Inicialmente dirigida para o controlo de doenças transmissíveis, a Saúde Escolar legitima que a saúde é influenciada pelo ambiente onde o indivíduo se desenvolve e direciona estratégias de promoção da saúde atuando sobre os seus determinantes (DGS, 2015).

Rocha et al. (2013: 208), defendem ser basilar:

- Estabelecer parcerias ativas e eficazes para a obtenção de ganhos em saúde;
- Desafiar a implementação da educação para a saúde nas escolas, a construção de um plano nacional de prevenção para patologias associadas a comportamentos;
- Promover uma excelente cooperação/articulação no que se refere a serviços de saúde e à escola.

Na Circular Normativa nº 23/SEO, de 14 de setembro de 1989, referida por Rocha et al., (2013), alude-se à promoção e articulação entre os serviços de saúde, o ambiente escolar, a família e a comunidade, na medida em que:

a Saúde Escolar é entendida como um conjunto de atividades no âmbito dos cuidados de saúde primários; propõe-se melhorar o nível de saúde do grupo específico de crianças e adolescentes escolarizados – especificidade que lhe advém do ambiente escolar a que estão sujeitos. Deve para tal atuar sobre o conjunto ambiente escolar/população, escolar (alunos, professores e empregados) e ter presente as influências que sobre este conjunto exercem a família e o meio (Rocha et al., 2013: 199-200).

A ligação portuguesa à Rede Europeia das Escola Promotoras de Saúde aconteceu em 1994 e verificou-se num ambiente propício, nomeadamente no que se refere ao carácter legislativo, com organizações de apoio, para que entre profissionais de saúde e educação se estabelecesse uma parceria eficaz. Esta conjugação de esforços teve como finalidade favorecer “a criação de condições para que os alunos e a comunidade educativa em geral desenvolvam plenamente as suas potencialidades e adquiram competências que lhes permitam fazer escolhas saudáveis” (Rocha et al., 2013: 200).

Na conjuntura nacional, as escolas promotoras de saúde têm como princípios a equidade, a sustentabilidade, a participação democrática, a educação inclusiva e o *empowerment* total da comunidade educativa para se alcançar a saúde e o bem-estar. Estes são os princípios comuns da educação e da saúde que regulam toda a intervenção da Saúde Escolar (DGS, 2015).

Assim, a escola é aceite como o espaço laboral de muitos grupos profissionais, um ambiente físico e social favorável à promoção do equilíbrio e do bem-estar. Na escola, o *empowerment* passa por valorar fatores pessoais que beneficiem a saúde, numa coerência dinâmica entre alunos e o

contexto escolar, a gestão de emoções, a criação de relações recompensadoras e o entendimento das consequências das escolhas pessoais (DGS, 2015).

Deste modo, a escola é reconhecida como local de eleição para a implementação de atividades de promoção da saúde. Pessoal docente (educadores/professores e restantes funcionários), discentes, família/encarregados de educação e a restante comunidade envolvente, precisariam de ser considerados os pilares para o fim último do sucesso educativo e para a melhoria do nível de saúde da população escolar. Atuar sobre o ambiente onde o aluno se insere, desenvolver atividades destinadas à comunidade escolar com vista à promoção da articulação dos serviços de saúde, estes devem ser os princípios mentores da Saúde Escolar (Rocha et al., 2013).

Na atualidade, tem-se verificado a implementação de numerosas políticas que contribuíram para o êxito das intervenções ao nível da Saúde Escolar. Em Portugal, o PNSE tomou-se o referencial do sistema de saúde no que diz respeito à promoção da Saúde Escolar, propiciando o desenvolvimento de competências na comunidade pedagógica que lhe permitem melhorar o seu nível de bem-estar físico, mental e social, e contribuem para a sua mais elevada qualidade de vida (Vieira, Gaspar, Galante & Nóbrega, 2018).

O PNSE foi criado tendo em conta o PNS 2012-2016 e a sua revisão e extensão 2020, as finalidades e táticas da OMS para a Europa, “Health 2020”, e as políticas das escolas promotoras de saúde (Vieira, et al., 2018).

Para que se obtenham triunfos com o PNSE, é fulcral a ligação e dedicação de todos os profissionais e serviços envolvidos na sua efetivação, de modo a que se atinjam, de forma eficiente, mais ganhos em saúde, pela promoção de ambientes escolares propícios à escolha de estilos de vida sãos e ao desenvolvimento dos níveis de literacia para a saúde da comunidade pedagógica (DGS, 2015).

Neste sentido, o PNSE (DGS, 2015: 21) delineou como objetivos gerais:

- Promover estilos de vida saudável e elevar o nível de literacia para a saúde da comunidade educativa;
- Contribuir para a melhoria da qualidade do ambiente escolar e para a minimização dos riscos para a saúde;
- Promover a saúde, prevenir a doença da comunidade educativa e reduzir o impacto dos problemas de saúde no desempenho escolar dos/as alunos/as;
- Estabelecer parcerias para a qualificação profissional, a investigação e a inovação em promoção e educação para a saúde em meio escolar.

As condições que influem na saúde, tanto a nível individual como coletivo, no âmbito do PNSE, comunicam-se e articulam-se em eixos que objetivam “uma abordagem holística da Saúde

na Escola ou da Escola como um Todo” (DGS, 2015: 21). Os subseqüentes eixos são: Eixo 1. Capacitação; Eixo 2. Ambiente escolar e saúde; Eixo 3. Condições de saúde; Eixo 4. Qualidade e Inovação; Eixo 5. Formação e investigação em Saúde Escolar; Eixo 6. Parcerias.

Intervir ao nível dos determinantes de saúde é fundamental, sendo que, quanto à capacitação da comunidade pedagógica para a adoção de comportamentos de vida saudável e de forma a assegurar uma abordagem holística da Saúde Escolar nos diversos eixos de atuação, o PNSE (DGS, 2015: 23) avançou com diversas áreas de intervenção:

1. Saúde mental e competências sócio emocionais;
2. Educação para os afetos e a sexualidade;
3. Alimentação saudável e atividade física;
4. Higiene corporal e saúde oral;
5. Hábitos de sono e repouso;
6. Educação postural;
7. Prevenção do consumo de tabaco, bebidas alcoólicas e outras substâncias psicoativas, bem como de comportamentos aditivos sem substância.

Na Saúde Escolar o enfermeiro é um elemento chave na promoção da saúde, particularmente na promoção de estilos de vida saudáveis. A presença assídua do profissional de enfermagem nas escolas é um fundamental suporte da educação, pois proporciona a planificação, preparação e concretização de cuidados de enfermagem apropriados à comunidade escolar, caminhando ao encontro das carências reconhecidas (DGS, 2015).

Compete ao Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública (EECSP) levar a efeito uma atividade centrada na comunidade com vista à capacitação e *empowerment* comunitários na aquisição de programas de saúde comunitária e na prática da cidadania (Vieira, et al., 2018).

Nunca se abordou tanto a relevância de uma alimentação saudável e equilibrada desde a infância como nos dias de hoje. As crianças vivem grande parte do seu quotidiano na escola, onde também têm a hipótese de realizar várias das suas refeições. Os conhecimentos, os comportamentos e as crenças criadas numa fase precoce da vida tendem a persistir na vida adulta, pelo que a idade escolar é um marco importante na estruturação e criação de hábitos (Santos, Silva & Pinto 2018).

Corroborando a opinião dos autores supracitados, Nunes & Breda (2001) salientam que o jardim-de-infância é considerado como um local de eleição para promover a educação alimentar nas crianças. O ambiente escolar permite o envolvimento de pais/encarregados de educação, professores, auxiliares de ação educativa, e até a própria comunidade, possibilitando atingir todos os

níveis sociodemográficos, o que faz da escola um dos principais locais para intervenções de educação alimentar (Santos, Silva & Pinto, 2018).

Apesar de a criação de boas práticas alimentares em crianças ser uma grande batalha, este aparenta ser o melhor momento para incluir alimentos meditados como saudáveis no dia-a-dia, pois é quando os hábitos saudáveis estão a ser desenvolvidos pelos indivíduos (Santos, Silva & Pinto, 2018)

A educação pré-escolar evidencia-se assim como uma das primeiras etapas da educação básica no processo de educação ao longo da vida e apresenta uma estreita relação com a educação familiar, onde se inserem os cuidados de saúde como processos educativos em vários planos (Rito, 2004).

De acordo com Santos, Silva e Pinto (2018), algumas das vantagens da intervenção alimentar nos primeiros anos de vida são:

- Possibilidade de prevenção de elevadas taxas de obesidade infantil e das consequências que daí podem advir;
- Aliada a um estilo de vida saudável, fomentando crescimento e desenvolvimento, saúde e bem-estar, prevenção de défices em nutrientes importantes;
- Prevenção do aparecimento de doenças crónicas na vida adulta.
- Apesar de as crianças em idade pré-escolar e escolar já estarem expostas a temáticas sobre alimentação, elas necessitam de aumentar as suas competências como consumidores informados, para que estejam aptas a escolher os seus próprios alimentos numa sociedade onde existe uma grande variedade de alimentos disponíveis e de fácil acesso, para que não se deixem influenciar pelas ações das pessoas que as rodeiam e pela pressão da publicidade que as envolve diariamente.

Sendo que a alimentação saudável é uma área de intervenção do PNSE, considera-se que a escola, como interveniente comunitária no âmbito da infância, é tida como um local adequado de intervenção, onde ligeiras alterações ao nível da alimentação tendem a refletir-se na incidência da obesidade e na adoção de estilos de vida mais saudáveis (Pereira & Lopes, 2012).

É nesta meta que a educação para a saúde, através da saúde escolar, deve incidir: na preparação da criança e dos jovens, tendo em vista o momento em que terminam o percurso escolar e estejam capacitados para serem intervenientes ativos na sua saúde e na dos outros indivíduos com quem se relacionam, com o intuito de optarem por estilos de vida que possibilitem o desenvolvimento global das suas capacidades (Rocha et al., 2011).

As intervenções no âmbito da SE acontecem principalmente nos locais de aprendizagem da população alvo, os quais podem ser os jardins-de-infância ou as escolas e são desenvolvidas por

equipas multidisciplinares, respeitando-se a relação pedagógica privilegiada, enfatizando-se o envolvimento dos pais e da família e da restante comunidade educativa (Campos, 2017).

O enfermeiro integrado numa equipa multidisciplinar, de profissionais que intervêm ao nível da SE, desempenha um papel relevante enquanto agente promotor e educador para a saúde, visto que, através da sua atuação, possibilita a autonomia, cria oportunidades de aprendizagem, reforça convicções e competências, respeitando as decisões e os ritmos de aprendizagem, num contexto de crescimento e desenvolvimento. O enfermeiro deve atuar em consonância com a pessoa, colaborando com ela para que seja possível estimular a sua capacitação na tomada de decisões individuais bem como na adoção de comportamentos saudáveis (Rocha et. al., 2011).

2. ANÁLISE DO CONTEXTO

2.1. CARATERIZAÇÃO DO AMBIENTE DE REALIZAÇÃO DO ESTÁGIO

O estágio final decorreu numa unidade funcional de ACES do Alentejo Central, mais propriamente numa zona urbana do distrito de Évora.

O Alentejo, em termos territoriais, é a maior região de Portugal e compreende uma área total de 31 551 km² (Comunidade Intermunicipal do Alentejo Central, 2014). O Alentejo é demarcado a Norte pela região Centro, a Este pela Espanha, a Oeste pelo Oceano Atlântico e pela região de Lisboa, e a Sul pelo Algarve. Pode dizer-se que o Alentejo é formado por cinco NUTSIII (Nomenclatura das Unidades Territoriais para fins estatísticos), 58 municípios e 392 freguesias.

Em 2017, a população total residente nesta região era de 711.950, deste número 390.563 eram mulheres e 366.739 homens (Instituto Nacional de Estatística , 2018).

Ao Alentejo Central (Mapa 1) corresponde uma área de 7.228 551 Km², que em 2017 apresentava uma população total de 166.726 habitantes, sendo 80.261 do género masculino e 86.465 do género feminino.



Mapa 1 – Comunidades Intermunicipais, 2019.

Fonte: <https://causa-nossa.blogspot.com/2019/03/regionalizacao-2-o-fator-perturbador-da.html>.

O Alentejo Central é composto por 14 concelhos, sendo Estremoz um deles (Mapa 2).



Mapa 2 – Alentejo Central.

Fonte: Comunidade Intermunicipal do Alentejo Central, 2014.

O concelho de Estremoz, com 513,80 km², é constituído por nove freguesias: Ameixial (Santa Vitória e São Bento), Arcos, Estremoz (Santa Maria e Santo André), Évora Monte, Glória, São Bento do Cortiço e Santo Estevão, São Domingos da Ana Loura, São Lourenço de Mamporção e São Bento da Ana Loura, e Veiros (Conselho Local Ação Social de Estremoz, 2019–2022) (Mapa 3).



Mapa 3 – Concelho de Estremoz.

Fonte: <https://geneall.net/en/map/110/Estremoz/>.

A população residente no concelho de Estremoz é de 12 975 habitantes (Tabela 1), sendo que predomina o género feminino. Desta forma, podemos observar que o concelho apresenta uma densidade populacional de 25,3 habitantes/km² (Instituto Nacional de Estatística, 2018).

População residente no concelho de Estremoz			
Faixa etária em anos	N.º de pessoas residentes	Homens	Mulheres
0–14	1 414	755	659
15–24	1 147	580	567
25–64	6 589	3 235	3 354
	+65	1 606	2 219
	+75	977	1 439
Total H/M	12 975	6 176	6 799

Tabela 1 – População do concelho de Estremoz por faixas etárias e género em 31 de dezembro de 2017.

Fonte: Anuário Estatístico do Alentejo, 2017.

É de realçar que no concelho de Estremoz o índice de envelhecimento se situa nos 270,4 e que o índice de dependência dos idosos ronda os 49,4. Há ainda a assinalar o aumento do índice de longevidade, cerca de 63,2, o que indica o aumento da esperança média de vida — aspeto que acompanha a tendência nacional e internacional (Instituto Nacional de Estatística, 2018).

No concelho de Estremoz as famílias tradicionais têm vindo, de um modo geral, a sofrer alterações quanto ao número de indivíduos. Ou seja, o número de famílias com um ou dois elementos tem vindo a aumentar consideravelmente, enquanto o número de famílias com mais elementos tem vindo a diminuir.

A evolução das famílias unipessoais, com 65 ou mais anos, apresenta uma taxa de variação entre 2001 e 2015, de 11,3% na Região Alentejo, 12,9% no Alentejo Central e de 5,4% no concelho de Estremoz. De acordo com o Diagnóstico do Alentejo Central, houve um crescimento na maioria dos concelhos de famílias unipessoais, a grande maioria constituídas por indivíduos do sexo feminino (Conselho Local Ação Social de Estremoz, 2019).

Relativamente ao sistema educativo do concelho de Estremoz (Tabela 2), subsistem instituições que completam o Agrupamento de Escolas de Estremoz, o qual é constituído pelo Ensino Pré-Escolar, 1.º Ciclo do Ensino Básico, 2.º e 3.º Ciclo do Ensino Básico, e Ensino Secundário (Conselho Local Ação Social de Estremoz, 2019).

O Ensino Pré-Escolar abrange o jardim de infância de Santa Maria, da Mata, do Caldeiro, de Évoramonte, de Veiros, da Glória, dos Arcos e de S. Bento do Cortiço. O 1.º Ciclo do Ensino Básico funciona em escolas rurais e urbanas, encontrando-se distribuído pelas escolas do Caldeiro, da Mata, dos Arcos, de S. Domingos, da Glória, de Veiros, de S. Bento do Cortiço, de Évoramonte e de Santa Vitória. O 2.º e 3.º Ciclo operam na Escola Sebastião da Gama e na Escola Secundária Rainha Santa Isabel (Conselho Local Ação Social de Estremoz, 2019).

Para além das instituições de ensino público, encontram-se no concelho de Estremoz outras instituições de educação não pública, designadamente o Externato Rainha Santa Isabel, o Centro Social e Paroquial de Santo André (CSPSA), e a Escolinha Babylândia, contendo as valências de Creche e Ensino Pré-Escolar (Conselho Local Ação Social de Estremoz, 2019).

Ensino Público			Ensino Privado		
N.º estabelecimentos/Ciclo	Designação	Alunos 2019/2019	Escola	Designação	Alunos
8 - JI	A.E.E.	181	Creche	E.B.	27
9 - 1.º CEB	A.E.E.	423			
1.º - 2.º CEB	A.E.E. EBSG	177	Creche + JI	EXTRSI CSPSA	87 55
2.º - 3.º CEB	A.E.E. EBSG/ ESRSI	165 222			
1.º - Secundário	ESRSI	431			
TOTAL: 21 Estabelecimentos		TOTAL: 1599 Alunos	TOTAL: 3Estabelecimentos		TOTAL: 169 Alunos

Tabela 2 – Alunos e estabelecimentos de ensino 2018/2019.

Fonte: Conselho Local de Ação Social de Estremoz (2019–2011, 38).

No concelho de Estremoz os serviços de saúde, no âmbito do Serviço Nacional de Saúde (SNS), encontram-se sob jurisdição da Administração Regional de Saúde do Alentejo (ARSA). No que se refere aos Cuidados de Saúde Primários (CSP), o Centro de Saúde de Estremoz vigora no atual edifício desde maio de 1993, integrando o Agrupamento de Centros de Saúde do Alentejo Central. É uma organização que presta um conjunto de atividades que visam promover a saúde, melhorar a qualidade de vida da população e disponibilizar cuidados de saúde primários (Conselho Local Ação Social de Estremoz, 2019).

O Centro de Saúde de Estremoz está dividido em quatro Unidades Funcionais: SUB (Serviço de Urgência Básico), UCSP (Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados), USF (Unidade de Saúde Familiar) e UCC (Unidade de Cuidados na Comunidade). Para além destas disponibilidades

funcionais subsiste a URAP (Unidade de Recursos Assistenciais Partilhados), onde trabalham profissionais que dedicam o seu trabalho a distintas unidades, como por exemplo o serviço de Radiologia, o Serviço Social, a Fisioterapia, a Nutrição, o Dentista e Higienista Oral (Conselho Local de Ação Social de Estremoz, 2019).

A UCC de Estremoz (local onde se desenvolveu o estágio) foi concebida em dezembro de 2009 e tem como principal finalidade a prestação de «cuidados de saúde e apoio psicológico e social de âmbito domiciliário e comunitário a pessoas, famílias e grupos mais vulneráveis em situação de maior risco ou dependência física e funcional ou doença, garantindo a continuidade e qualidade dos cuidados prestados» (Conselho Local de Ação Social de Estremoz, 2019, p. 34). Tem a sua matriz nas instalações do Centro de Saúde e incrementa na comunidade a maioria das suas atividades. Serve a população do concelho de Estremoz todos os dias do ano, das 8h às 20h (dias úteis) e das 9h às 16h (fins de semana e feriados) (Conselho Local de Ação Social de Estremoz, 2019).

A UCC de Estremoz inclui os seguintes projetos: ECCI (Equipa de Cuidados Continuados Integrados), ECL (Equipa Coordenadora Local) e Saúde Escolar (SE) (Conselho Local de Ação Social de Estremoz, 2019).

No que se refere à SE, o primordial intuito deste programa, em cooperação com as escolas do concelho, realiza-se pelo progresso de capacidades socio emocionais que permitem aos alunos afirmar as suas emoções, de modo a capacitá-los a responsabilizarem-se por elas, facilitando a conquista de audácia consciente no que concerne à sua vida e saúde (Conselho Local de Ação Social de Estremoz, 2019).

As atividades do Programa de Saúde Escolar são prestadas no âmbito dos currículos escolares e em cooperação mútua com as escolas e outros parceiros, integrados no âmbito da UCC de Estremoz (Conselho Local de Ação Social de Estremoz, 2019).

A UCC de Estremoz coadjuva com a equipa de Intervenção Precoce, com as equipas da CPCJ (Comissão de Proteção de Crianças e Jovens) e com Núcleos de Violência ao longo do ciclo vital. Associa-se também a Projetos de Intervenção Comunitária, Projetos de Envelhecimento Ativo e na celebração de comemorações (Conselho Local de Ação Social de Estremoz, 2019).

No que diz respeito à acessibilidade de atendimento da população em idade pediátrica, integrados nas restantes valências da USF encontram-se disponíveis consultas de saúde infantil e juvenil, existindo a possibilidade de atendimento não agendado através da consulta aberta.

Relativamente aos cuidados de saúde diferenciados, Estremoz tem como referência o Hospital do Espírito Santo de Évora (EPE) que, relativamente à população, tem uma urgência pediátrica, uma unidade de neonatologia, internamento de pediatria e consultas de pediatria.

A UCC de Estremoz promove ações de acordo com a estratégia orientadora dos três eixos de intervenção das UCC, que são: o PNSE (Plano Nacional de Saúde Escolar), os Cuidados Continuados (Equipa de Cuidados Continuados Integrados e Equipa Coordenadora Local) e a Intervenção na Comunidade (Rede Social, o Rendimento Social de Inserção, a Comissão de Proteção de Crianças e Jovens e a Intervenção Precoce) (PNSE, 2015).

Ainda com referência à SE, em cada Administração Regional de Saúde a gestão do PNSE é da responsabilidade do departamento de saúde pública. O PNSE deve integrar o plano anual e plurianual dos ACES ou das Unidades Locais de Saúde, garantindo assim o desenvolvimento do Plano de forma continuada e a cooperação entre as várias unidades funcionais (PNSE, 2015).

A UCC de Estremoz, ao nível da SE, intervém junto dos estabelecimentos da rede pública (Ensino Pré-Escolar, Ensino Básico, 1.º Ciclo, 2.º Ciclo e Ensino Secundário) e em cooperação junto das instituições privadas (Ensino Pré-Escolar).

No âmbito da intervenção da SE no decorrer do presente ano letivo encontram-se em desenvolvimento pela UCC de Estremoz os seguintes projetos: “A minha Lancheira”, “+ Contigo”, “Feliz... É quem diz”, “Higiene do Sono” e “Torna-te um Às”.

Neste sentido, posteriormente à contextualização e caracterização do local de estágio surge a necessidade de caracterizar algumas fases essenciais no que se refere à abrangência da promoção da saúde.

Em Portugal, os cuidados de saúde primários emancipam após a reforma do sistema de saúde em 1971, onde é decretado o direito à saúde de todos os cidadãos (Ministério da Saúde e Assistência, 1971).

Em 1978, é elaborada a Declaração de Alma – Ata, onde é novamente efetuada a chamada de atenção para a valorização dos cuidados de saúde primários sendo estes universais e uma das metas principais a obter na generalidade do território nacional (Miguel, 2010). Passados seis anos, na elaboração de carta de Ottawa, verificou-se a necessidade de elaborar cinco áreas correlativas para a promoção da saúde: redação de políticas benéficas para a saúde tendo em consideração a existência de ambientes propícios, a evolução das aptidões individuais, a consolidação da ação comunitária e, por último, a reorientação dos serviços de saúde Carta de Ottawa para a progresso dos serviços de saúde (Carta de Ottawa para a promoção da saúde, 1986). Seguiu-se, em 1988, a Conferência de Adelaide, na qual foi redigida a noção de Política Pública Saudável, equidade na saúde,

dependendo das políticas públicas elaboradas. Valorizou-se a saúde da mulher, a alimentação, criando-se ambientes favoráveis (Declaração de Adelaide, 1988).

No campo de ação da Conferência de Jakarta, em 1997, tendo em consideração a promoção da saúde no século XXI, foram definidas estratégias que deveriam ser selecionadas e adotadas para se obter uma melhor resposta à promoção da saúde, sendo estas um pilar fundamental para ganhos evidentes em saúde e para que se obtenha a redução de diferenças entre países e grupos populacionais (Declaração de Jacarta, 1997).

Os CSP em Portugal, a partir do final da década de 1970, e, posteriormente, têm-se regido pelas orientações das cartas e declarações internacionais da promoção da saúde (Miguel 2010). No Decreto-Lei n.º 28/2008, de 22 de fevereiro, os CSP são declarados como o pilar do sistema e da saúde. Os centros de saúde são entendidos como a primeira linha de acessibilidade dos cidadãos com desígnio da prestação de cuidados de saúde (OE) (DL, n.º 28/2008). Com a reestruturação dos CSP, são formados os ACES com o objetivo de proporcionar uma maior autonomia organizativa das anteriores estruturas de saúde, os ACES do Alentejo Central, como já anteriormente referido, são um serviço descentralizado que depende da ARSA, tendo esta uma autonomia administrativa, composta por diversas unidades funcionais que integram várias equipas multidisciplinares, como UCSP, USF, UCC, URAP, USP, UAG, podendo existir outras unidades funcionais como a URAP e UAG que podem integrar mais do que um centro de saúde (Miguel, 2010).

As UCC foram alicerçadas pelo Decreto-Lei n.º 28/2008, de 22 de fevereiro e regulamentadas pelo Despacho n.º 10143/ 2009, de 16 de abril.

Relativamente ao local onde foi implementado o projeto de intervenção comunitária, como já anteriormente salientado, foi desenvolvido num JI que se localiza em Estremoz, mais propriamente no CSPSA. Trata-se de uma instituição particular de solidariedade social (IPSS), com sede periférica na cidade de Estremoz, «orientada por princípios de solidariedade humana, cristã, católica e social», conforme se pode ler no seu sítio online¹. Fundada em 1984, esta entidade tem vindo a desenvolver um conjunto diversificado de ações sociais com vista a promover a inclusão social e comunitária da população carenciada da cidade, visando a valorização integral dos indivíduos e das famílias.

¹ Refira-se que todos os elementos seguidamente apresentados sobre a instituição foram recolhidos no sítio da mesma na Internet, <https://cspsa-etz.pt/>, acedido em junho de 2019.

Na década de 80 do século XX, o Cónego Dr. Fernando Afonso constatou que na zona do Castelo de Estremoz viviam populações muito carenciadas e em condição de grave limitação humana, pelo que, acompanhado de um grupo de cristãos voluntários, começou a implementar o seu auxílio numa obra que viria a institucionalizar-se no CSPSA.

Inicialmente, devido aos poucos recursos humanos e às precárias condições de funcionamento e equipamento, a atuação do CSPSA limitava-se àquela zona da cidade. Contudo, havia, desde logo, a perceção de que as carências se verificavam noutros pontos da cidade, pelo que, embora para um número limitado de utentes, e de acordo com a colaboração estabelecida com a Segurança Social, já à época se desenvolviam as valências de Creche, Jardim de Infância, Atividades de Tempos Livres, Centro de Dia, Centro de Convívio e Apoio Domiciliário.

As equipas que trabalhavam na instituição constataavam as grandes desigualdades sociais que se verificavam na cidade de Estremoz e sentiam que o alargamento da assistência a outros bairros era uma necessidade. Assim, entre 1994 e 1998, o CSPSA tornou-se promotor de um Projeto de Desenvolvimento Integrado da Cidade de Estremoz, visando combater a pobreza no centro urbano, o qual permitiu ampliar, qualificar e dignificar as respostas de intervenção na e com a comunidade, tendo contribuído, de igual forma, para consolidar e dar sentido ao espírito e prática de trabalho em parceria. Desde então, a instituição cresceu, não só no seu espaço físico com a recuperação e construção de novas instalações, mas também ao nível de um maior alargamento dos Acordos de Cooperação, com a extensão a um maior número de técnicos e utentes e com a dinamização de novas valências e integração em novos projetos. Em 2015, o CSPSA conseguiu a sua certificação pela AENOR (Associação Espanhola de Normalização e Certificação).

Atualmente, a instituição define a sua missão nos seguintes termos:

- Ajudar no bem-estar comum;
- Acolher, respeitando a idade, crenças, culturas e origem;
- Acreditar na construção de um mundo melhor.

Afirma reger-se pelos valores de solidariedade, respeito, caridade e afeto, tendo como fim último contribuir para a construção de um mundo melhor, onde cada um esteja bem consigo e com os outros, e seja feliz.

Procurando manter-se sempre a par das transformações sociais que a cidade vivia, e para que os seus trabalhos continuassem a ser relevantes, a instituição passou, então, a dispor de outros serviços para além dos referidos anteriormente, como sejam o Atendimento/Acompanhamento Social, o Apoio Social Direto na Área da Toxicodependência, o Apoio Domiciliário Integrado e, finalmente, em 2001, a Resposta de Lar.

Podemos afirmar que as suas valências de serviço social se repartem por três áreas fundamentais: 1) apoio comunitário (apoio domiciliário, atendimento/acompanhamento social); 2) apoio à infância (creche e pré-escolar); e 3) apoio à terceira idade (centro de dia e estrutura residencial para pessoas idosas – lar).

2.2. CARATERIZAÇÃO DOS RECURSOS HUMANOS E MATERIAIS

A UCC de Estremoz em termos físicos é constituída por uma sala de formação, uma casa de banho, um vestiário e cinco gabinetes diferenciados (Saúde Escolar, ECL, ECCI, ECSCP e enfermeira coordenadora). Dispõe, ainda, de uma sala de convívio e do secretariado.

No que diz respeito às deslocações exteriores, a UCC dispõe de duas viaturas automóveis. É formada por uma equipa multidisciplinar, integrada por sete enfermeiras e uma administrativa, contando igualmente com algumas horas de apoio de Fisioterapia, de Nutrição, de Serviço Social, de Higienista Oral, bem como horas de Medicina Geral e Familiar.

Os profissionais da UCC de Estremoz encontram-se envolvidos simultaneamente em diversos projetos e áreas de atuação. A UCC de Estremoz tem uma Enfermeira Coordenadora, uma Enfermeira responsável pela SE, que, em caso de necessidade, atua em colaboração com a restante equipa multidisciplinar.

O gabinete da saúde escolar é partilhado com a assistente social. O ambiente é harmonioso, existem áreas em comum partilhadas e a enfermeira de saúde escolar dispõe de diversos recursos materiais para executar intervenções junto das crianças dos JI.

3. METODOLOGIA

3.1. METODOLOGIA DO PLANEAMENTO DA SAÚDE

O presente projeto de intervenção comunitária está ancorado na metodologia do planeamento em saúde (Imperatori & Giraldes, 1982) e decorreu no Jardim Infantil de Estremoz.

A Metodologia do Planeamento da Saúde concerne numa análise multissetorial da comunidade a estudar. Esta análise prende-se com vários tipos de planeamento, a nível local, regional e central. O planeamento não consiste apenas na análise do setor da saúde, mas também na sua integração com os setores económicos e sociais; pois não é somente um conjunto de técnicas, ou exclusivamente uma metodologia, mas uma atitude ou um posicionamento face à realidade socio-económica (Imperatori & Giraldes, 1982).

O Programa Nacional para a Promoção da Alimentação Saudável, desenvolvido em 2012, cuja finalidade foi melhorar o estado nutricional e promover a saúde da população, através de um conjunto concertado e transversal de ações destinadas a garantir e incentivar a disponibilidade e acesso a determinado tipo de alimentos (Graça & Gregório, 2015), tem, pela complexidade dos problemas alimentares/nutricionais da atualidade em Portugal, proporcionado o investimento político em medidas de educação alimentar, assumindo, desta forma, um lugar de destaque em meio escolar, no âmbito da iniciativa das “Escolas promotoras de Saúde” (Loureiro, 2004).

Torna-se importante salientar que a obesidade foi também reconhecida como um grave problema de saúde pública e portanto, em 2005, foi implementado o Programa Nacional de Combate à Obesidade (Graça & Gregório, 2015). Pela complexidade dos problemas alimentares nutricionais existentes em Portugal, surge a necessidade de implementar uma estratégia integrada e intersectorial, com o objetivo de promover uma alimentação saudável da população (Graça e Gregório, 2015).

É tendo em conta esta temática, de Promoção de Hábitos Alimentares Saudáveis nas Crianças em Idade Pré-escolar, que se desenvolve este trabalho, utilizando a metodologia do planeamento em saúde (Figura 1), que de acordo com Tavares (1990), é a metodologia indicada para a aquisição de competências do enfermeiro especialista em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública.

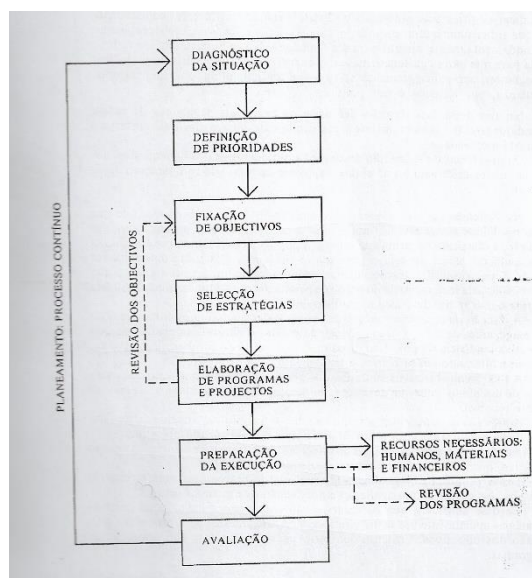


Figura 1 – Principais etapas no processo de planeamento em saúde.

Fonte: Imperatori & Giraldes, 1982, p. 10.

Esta metodologia caracteriza-se por ser um processo contínuo e dinâmico, inseparável dos determinantes da saúde e da relação destes com o ambiente onde a instituição de saúde se insere, com o intuito de alcançar os objetivos delineados e reduzir os problemas de saúde considerados prioritários. Torna-se inseparável da etapa anterior que se considerava concluída e da etapa seguinte, tornando-se sempre possível retroceder para a etapa anterior (Imperatori & Giraldes, 1982).

O Diagnóstico da situação é a primeira etapa do planeamento em saúde, a qual permite determinar o estado de salubridade populacional, os seus principais problemas de saúde e os fatores que os determinam (Mendes, 2019).

Com o reconhecimento dos problemas, torna-se necessário ordená-los, começando-se desta forma a segunda etapa do planeamento em saúde, denominada Determinação de prioridades (Mendes, 2029). Esta segunda etapa separa-se em duas dimensões: a temporal e a dos recursos.

Na Definição de prioridades, há que valorizar o horizonte temporal do processo (Mendes, 2019). Para Imperatori e Giraldes (1982), «[...] horizonte de programação é o tempo ou momento limite para que estamos a programar» (p. 30).

Existem três critérios utilizados e que se tornaram importantes para hierarquizar os problemas: a “magnitude”, a “transcendência” e a “vulnerabilidade”.

A “magnitude” trata de determinar ou caracterizar o problema pela sua dimensão, medindo-o pelo seu contributo para o total de mortes. A “transcendência” caracteriza a questão por conjuntos etários (Mendes, 2019), «de maneira de poder valorizar as mortes por determinada causa nos diferentes grupos de idade» (Imperatori & Giraldes, 1982, p. 31). A “vulnerabilidade”, por sua vez,

revela-se sobre a possibilidade da prevenção (Mendes, 2019) e «é a possibilidade de evitar uma doença segundo a tecnologia atual disponível na área» (Imperatori & Giraldes, 1982, p. 32).

Na terceira etapa do planeamento em saúde, Fixação de objetivos, entende-se por objetivo «o enunciado de um resultado desejável e tecnicamente exequível de evolução de um problema que altera, em princípio, a tendência de evolução natural desse problema, traduzido em termos de indicadores de resultado ou de impacto» (Imperatori & Giraldes, 1982, p. 45). O que importa, na definição anteriormente definida, é fixarmo-nos «na expressão resultado desejável» (Imperatori & Giraldes, 1982, p. 45), no que se refere ao problema que pretendemos resolver, tendo em consideração a sua tendência e evolução (Mendes, 2019).

Os indicadores de resultado ou de impacto pretendem avaliar a modificação comprovada no problema de saúde ou na sua dimensão (Imperatori & Giraldes, 1982). Não menos importantes tornam-se os indicadores de atividade ou de execução, que avaliam as atividades desenvolvidas para a obtenção de singular ou mais indicadores de resultado (Imperatori & Giraldes, 1982).

Na fase de Fixação de objetivos” existem quatro aspetos que têm de ser levados em consideração, nomeadamente: «A seleção de indicadores dos problemas de saúde prioritários; A determinação da tendência dos problemas definidos como prioritários; A fixação dos objetivos a atingir a médio prazo; A tradução dos objetivos em objetivos operacionais ou metas» (Imperatori & Giraldes, 1982, p. 43). Por sua vez, os objetivos operacionais ou metas mencionam o resultado desejado, traduzido em indicador de atividade (Mendes, 2019).

A quarta etapa do planeamento em saúde é referente à Seleção de estratégias, e nesta etapa selecionam-se as técnicas a serem executadas, com o intuito de alcançar os objetivos determinados (Mendes, 2019). Para prever custos e recursos a utilizar, torna-se fundamental explicar a estratégia e descrevê-la (Mendes, 2019).

Como é possível verificar na Figura 1, na metodologia de planeamento em saúde ocorre uma quinta etapa, Preparação de execução ou Elaboração de programas e projetos. Nesta etapa torna-se imprescindível o *feedback* efetuado pela equipa de planeamento e os responsáveis pela decisão (Imperatori & Giraldes, 1982). O projeto é «uma atividade que decorre num período de tempo bem delimitado que visa obter um resultado específico e que contribui para a execução de um programa» (Imperatori & Giraldes, 1982, pp. 85–86)

Por último, a Avaliação caracteriza o término do planeamento: aqui avalia-se o êxito no alcance dos objetivos com meio a indicadores de resultado e de atividade (Mendes, 2019).

3.2. INSTRUMENTO DE RECOLHA DE DADOS E PROCEDIMENTO DE ANÁLISE DE DADOS

Um dos métodos utilizados para coligir os dados necessários foi:

- O inquérito por questionário aplicado de forma indireta ao representante legal das crianças:

O inquérito por questionário permite colocar a um conjunto de inquiridos um número de perguntas associadas à situação social, profissional ou familiar, possibilitando questionar sobre as opiniões pessoais, atitudes relativamente a opções e expectativas. Permite abordar o nível de conhecimento sobre algum assunto ou a perceção de um acontecimento, problema, outra temática ou ponto de interesse do investigador (Quivy & Campenhoudt, 1992). A principal vantagem da utilização do inquérito por questionário é a possibilidade de quantificar uma diversidade de dados que podem ser submetidos a múltiplas análises de correlação (Quivy & Campenhoudt, 1992).

O questionário utilizado foi o “Questionário de Frequência Alimentar e Hábitos Saudáveis, dirigido a Crianças dos 3 aos 7 anos” (Rito, 2007), disponível na *internet* na Plataforma contra a Obesidade (DGS, 2007). Do questionário original utilizado, que se encontra devidamente adaptado e validado à população portuguesa, foram retiradas algumas questões, tendo sido para tal solicitada autorização à autora.

O questionário encontra-se dividido em duas partes, sendo a primeira parte referente aos dados da criança relativamente aos seus hábitos alimentares e a segunda à sua frequência alimentar. E por isso, foi aplicado de forma indireta ao representante legal da criança.

No que diz respeito ao tratamento de dados obtidos pelos questionários, procedeu-se à respetiva organização e análise estatística, tendo sido utilizado para o efeito o *software IBM SPSS Statistics* (versão 2.4) e o *Microsoft Office Excel*.

Foi também solicitado:

- Preenchimento de uma ficha de recolha de dados das medições antropométricas realizadas na última consulta de saúde infantil:

Relativamente à informação obtida através do preenchimento da ficha de dados antropométricos, procedeu-se ao tratamento destes dados tendo em consideração a indicação da data, em anos e meses, e o sexo da criança, com o intuito de caracterizar o estado nutricional de acordo com o percentil do IMC das crianças. O percentil do IMC foi avaliado de acordo com o critério da OMS.

3.3. POPULAÇÃO-ALVO

Para Fortin (1999, p. 202), a população é

uma coleção de elementos ou de sujeitos que partilham características comuns, definidas por um conjunto de critérios. O elemento é a unidade de base da população junto da qual a informação é recolhida [...] uma população particular que é submetida a um estudo é chamada de população alvo.

Por sua vez, a amostra de uma população «deve ser representativa da população visada, isto é, as características da população devem estar presentes na amostra selecionada» (Fortin, 1999, p. 202).

A falta de espaço físico na sede do CSPSA determinou que o jardim infantil se localizasse num edifício distinto, ainda que dependendo de funcionários e serviços existentes na sede da instituição, e por isso, funcionaria em articulação diária com a instituição.

A sala do pré-escolar do JICSPSA é singular e tem como objetivo proporcionar atividades socioeducativas e de apoio à família, integradas num projeto educativo específico: estimular o desenvolvimento global de cada criança, e contribuir para o sucesso pessoal e aquisição de conhecimento. Tem capacidade para 25 crianças, dos três aos cinco anos de idade, podendo existir algumas crianças na sala com seis anos de idade (crianças condicionais).

À data da realização dos estágios, a valência da sala do pré-escolar do JICSPSA contava com 21 crianças. Para o seu acompanhamento, apoio e orientação, dispunha de uma Educadora de Infância e de três Auxiliares de Ação Educativa que eram responsáveis também pela limpeza e manutenção do edifício. O setor administrativo e a cozinha que dão apoio ao JI situam-se na sede do CSPSA e a equipa multidisciplinar tem uma relação saudável e de inteligível acolhimento.

A gestão e a orientação pedagógica eram asseguradas pela Educadora de Infância do JI, encontrando-se na sede da instituição o seu presidente.

A população-alvo era constituída pelas crianças da sala do pré-escolar do JI, com idades compreendidas entre os três e os cinco anos.

Dos 21 questionários entregues, foram restituídos 20 questionários.

3.4. QUESTÕES ÉTICAS

Na realização de um trabalho científico devem ser respeitados os princípios éticos, e portanto, devem ser tomadas todas as precauções para proteger a privacidade de cada participante investigado e a confidencialidade dos seus dados pessoais (Declaração de Helsínquia, 2013).

De acordo com Fortin (1999), a investigação aplicada a seres humanos pode, por vezes, causar danos nos direitos e liberdade das pessoas. Por conseguinte, é importante tomar todas as disposições necessárias para proteger os direitos e liberdade das pessoas que participam nas investigações.

Uma vez que os participantes no estudo foram os representantes legais das crianças e, salvaguardando os seus direitos e possíveis danos, o estudo foi primeiramente submetido à autorização da Comissão de Ética da ARS Alentejo, da qual se obteve parecer favorável, respeitando o facto de que «o protocolo de investigação deve ser submetido, para apreciação, comentários, orientação e aprovação, à respetiva comissão de ética para a investigação antes de o estudo começar» (Declaração de Helsínquia, 2013, p. 3).

Com o intuito de cumprir todos os procedimentos éticos exigidos num processo de investigação, procedeu-se a vários pedidos de autorização e colaboração:

- Enfermeira Coordenadora da UCC Estremoz;
- Enfermeira Responsável pela SE da UCC de Estremoz;
- Diretora Executiva do ACES Alentejo Central;
- Presidente do JICSPSA – IPSS;
- Educadora de Infância do JICSPSA;
- Encarregado da Proteção de Dados do IPP;
- Direção-Geral da Educação (DGE);
- Comissão de Ética da ARSA;
- Dr.^a Ana Rito – autora do “Questionário de Frequência Alimentar e Hábitos Saudáveis, dirigido a Crianças dos 3 aos 7 anos”, disponível na *internet* na Plataforma contra a Obesidade (DGS, 2007).

Posteriormente à realização da reunião com a coordenadora da UCC de Estremoz e com a Enfermeira responsável pela SE da UCC de Estremoz, foram enviados pedidos de autorização de realização do diagnóstico para a coordenadora da UCC de Estremoz (Apêndice 1) e para o Presidente do JICSPSA – IPSS (Apêndice 2).

Realizou-se o pedido de autorização ao Encarregado da Proteção de Dados do IPP (Apêndice 3), solicitando-se a confidencialidade de todos os dados suscetíveis de identificar os participantes, presentes no relatório final de estágio a ser apresentado e discutido em 2020.

Após a obtenção da autorização do local de diagnóstico por parte do Presidente do JICSPSA – IPSS, foram realizadas duas reuniões em períodos diferentes. A primeira teve como objetivo apresentar a temática e os objetivos do projeto à Educadora de Infância do JICSPSA, bem como solicitar a sua colaboração e envolvimento no projeto. A segunda reunião, também com a Educadora de Infância do JICSPSA, incidiu sobre os objetivos do projeto nesta fase de diagnóstico, assim como sobre a definição de estratégias para realizar o diagnóstico de situação.

Para a aplicação do instrumento de recolha de dados no JICSPSA, questionou-se, por escrito, a Direção-Geral da Educação (DGE) relativamente aos procedimentos para autorização da aplicação do inquérito em meio escolar, tendo esta entidade informado que o questionário a utilizar deveria ser submetido na plataforma da DGE, o qual foi efetuado e validado (Apêndice 4).

O questionário utilizado encontra-se devidamente adaptado e validado à população portuguesa, tendo-se previamente pedido autorização à autora para este fim, cuja resposta foi favorável (Apêndice 5).

Durante a implementação dos instrumentos de recolha de dados foram tidos em conta alguns aspetos particulares, com o objetivo de garantir uma adequada transmissão de informação e salvarguardar o circuito dos documentos entre os diferentes intervenientes.

Em Portugal, o dever de informar é objeto de regulação nos regimes deontológicos dos diferentes profissionais de saúde. Segundo a Norma n.º 125/2013, emanada pela DGS, independentemente de exercerem em instituição pública ou privada e do vínculo contratual a que se obrigam, os profissionais de saúde devem procurar o consentimento informado da pessoa que a eles recorre, honrando o princípio ético do respeito pela autonomia, reconhecendo-se a capacidade do indivíduo em adotar livremente as suas escolhas sobre a sua saúde e os cuidados que lhe são propostos (Direção-Geral da Saúde, 2013).

Deste modo, foi solicitado o CILE (Apêndice 6) aos representantes legais das crianças que fizeram parte da investigação, tendo-se previamente apresentado o projeto de investigação e esclarecidas dúvidas relativas ao mesmo. Foi garantida ainda a confidencialidade do anonimato e dos dados, bem como a decisão livre de participar e a possibilidade de abandonar o estudo a qualquer momento.

O questionário (Apêndice 7), a ficha de dados antropométricos (Apêndice 8) e o Consentimento Informado Livre e Esclarecido (CILE) foram entregues pela investigadora nas instalações

do JICSPSA à Educadora de Infância, que, posteriormente, os facultou aos representantes legais das crianças.

Na fase inicial do estudo, a investigadora agendou com a Educadora de Infância três dias de uma semana, durante o período da tarde, para se deslocar às instalações do JICSPSA, a fim de estar presente no local quando os representantes legais fossem buscar as crianças. O objetivo foi apresentar a investigadora e o projeto aos representantes legais, bem como solicitar a sua colaboração. De referir que, previamente a esta deslocação da investigadora ao JI, a Educadora de Infância informara na semana anterior os representantes legais da presença da investigadora nas instalações da instituição.

Os representantes legais que leram, concordaram e aceitaram participar, assinaram e entregaram de novo o CILE, em conjunto com os instrumentos de recolha de dados preenchidos, tendo-os colocado dentro do envelope branco devidamente selado que lhes foi entregue pela Educadora de Infância aquando da entrega de todos os documentos. Colocaram-nos numa caixa fechada e preparada para o efeito, que se encontrava na sala de atividades do JI em local designado pela Educadora de Infância.

Posteriormente, procedeu-se à recolha dos instrumentos de colheita de dados e dos CILE junto da Educadora de Infância. Os documentos de recolha de dados eram anónimos, não tendo sido por isso registada informação que possibilitasse a identificação dos participantes. A informação recolhida foi, posteriormente, processada pela investigadora, sob a forma de dados agregados, tendo sido apenas solicitadas informações pertinentes para o estudo em causa. Os dados recolhidos ficaram somente na posse da investigadora que os guardou sigilosamente em cofre próprio e em local só por ela conhecido, sendo apenas utilizados no âmbito da presente investigação.

No que se refere à gestão da segurança da informação, tendo em consideração a proteção de dados por via informática, e à não identificação dos titulares dos dados recolhidos, a investigadora comprometeu-se que os mesmos se encontravam salvaguardados de forma codificada, recorrendo à atribuição de números e letras, no seu computador pessoal, com necessária colocação de palavra-passe para iniciar o uso do equipamento, sendo esta de conhecimento único da investigadora. A informação recolhida será destruída uns anos após a discussão do relatório final de estágio, em 2020.

Garante-se que todo o planeamento delineado será implementado através da execução de atividades no âmbito da educação para a saúde e todas as atividades planeadas e desenvolvidas tendo por base o diagnóstico/identificação do problema, no âmbito da minimização ou resolução dos

problemas identificados, com o intuito da promoção de hábitos alimentares saudáveis, através da capacitação de conhecimentos, serão, posteriormente, avaliadas.

4. DIAGNÓSTICO DA SITUAÇÃO

O Diagnóstico da situação, a primeira etapa do processo de planeamento em saúde, deve direccionar-se para a identificação das necessidades, bem como dos problemas de saúde de uma comunidade (Imperatori & Giraldes, 1982).

Para a identificação dos problemas de saúde da população em estudo recorreu-se ao “Questionário de Frequência Alimentar e Hábitos Saudáveis, dirigido a Crianças dos 3 aos 7 anos” (Rito, 2007), disponível na *internet* na Plataforma contra a Obesidade (DGS, 2007) e ao preenchimento de uma ficha para caracterizar o estado nutricional, de acordo com o percentil do índice de massa corporal das crianças, recorrendo aos dados das medições antropométricas realizadas na última consulta de saúde infantil, sendo ambos preenchidos pelos representantes legais. Do questionário original, foram retiradas algumas questões.

4.1. CUIDADOS E NECESSIDADES ESPECÍFICAS DA POPULAÇÃO-ALVO

A sala do pré-escolar do JICSPSA é singular e tem como objetivo proporcionar atividades socioeducativas e de apoio à família, integradas num projeto educativo específico, estimular o desenvolvimento global de cada criança e contribuir para o sucesso pessoal e aquisição de conhecimento. Tem capacidade para 25 crianças, dos três aos cinco anos de idade, podendo existir algumas crianças na sala com seis anos de idade (crianças condicionais).

À data da realização dos estágios, a valência da sala do pré-escolar, o Jardim de Infância CSPSA (JICSPSA) contava com 21 crianças. Para o seu acompanhamento, apoio e orientação, dispunha de uma Educadora de Infância e três Auxiliares de Ação Educativa, que eram responsáveis pela limpeza e manutenção do edifício.

O setor administrativo e a cozinha que dão apoio ao JI situam-se na sede do CSPSA, e a equipa multidisciplinar tem uma relação saudável e de inteligível acolhimento. A gestão e a orientação pedagógica são asseguradas pela Educadora de Infância do JI, encontrando-se na sede da instituição o seu Presidente.

Para a realização do diagnóstico de situação foram entregues 21 questionários e 21 fichas de dados antropométricos aos representantes legais, tendo sido restituídos 20 exemplares de cada instrumento de avaliação, o que corresponde a uma taxa de resposta de 95,24%.

No que se refere ao representante legal respondente responsável pelo fornecimento da informação, verificou-se que 19 (95%) das respostas aos questionários foram efetuadas pela mãe e um (5%) pelo pai. Constatou-se que 11 (55%) das crianças são do sexo masculino e nove (45%) das crianças são do sexo feminino.

Estado Nutricional das Crianças

Passámos a considerar os dados recolhidos relativos à saúde das crianças que integram o nosso universo. Estes serão divididos em quatro partes:

- Avaliação de hábitos nos tempos livres e alimentação da criança;
- Avaliação da frequência de consumo de alimentos;
- Perceção dos representantes legais sobre a alimentação da criança;
- Hábitos dos representantes legais relativamente à alimentação familiar.

Com respeito pelo estado nutricional das crianças, constatou-se que treze das crianças (65%) apresentava um estado nutricional normo-ponderal, cinco crianças (25%) um estado nutricional de baixo peso, e duas crianças (10%) apresentava risco de excesso de peso, à data em que se procedeu à avaliação antropométrica (Apêndice 9).

Dados das Crianças

No que concerne à diabetes, verificou-se que em dezanove representantes legais uma (5%) é diabética.

Quanto ao desenvolvimento de diabetes gestacional, apenas uma mãe desenvolveu esta patologia.

No que se refere à alimentação da criança no primeiro ano de vida, verificou-se que dezanove (95%) das crianças foram amamentadas só com leite materno.

Relativamente ao período de amamentação, verifica-se que cinco (27,8%) das crianças foram amamentadas até aos 15 dias de vida, bem como outras cinco crianças foram amamentadas durante

o terceiro ou quarto mês de vida e três das crianças (16,7%) foram amamentadas para além dos primeiros 12 meses de vida (Apêndice 10).

Verificou-se que a maioria das crianças (12) nasceram com um peso situado no intervalo entre os 2500 gr e os 3500 gr; uma nasceu com peso igual ou inferior a 2000 gr; três com peso entre os 2000 gr e os 2500 gr, e outras três com peso superior a 4000 gr (Apêndice 11).

Relativamente à introdução de outro alimento para além do leite materno, a maioria das crianças, 12 (66,7%), iniciou a sua ingestão até ao quinto mês de vida e seis crianças (33,3%) a partir do sexto mês (Apêndice 12).

Hábitos Saudáveis e Hábitos Alimentares

Em relação ao tempo que as crianças passam no Jardim de Infância, a informação recolhida permitiu detetar que 12 das crianças (60%) passam entre 8 e 9 horas nesse espaço, cinco (25%) entre 7 e 8 horas, duas (10%) entre 6 e 7 horas e uma criança passa entre 9 e 10 horas (Apêndice 13).

Tendo em conta o tempo que as crianças se mantêm na escola, 19 dos representantes legais (95%) demonstra um elevado grau de satisfação com os diferentes critérios avaliados, os quais incluem aspetos relativos não só ao acompanhamento educativo, mas também à alimentação.

Quando se procedeu à análise do tempo que as crianças passam, em média, a ver televisão, nove (47,4 %) passa, em média, entre duas e três horas por dia diante do televisor; cinco (26,3%) até um máximo de uma hora diária; quatro (21,1%) entre uma e duas horas por dia; e uma (5,3%) entre três e quatro horas (Apêndice 14).

No tocante ao tempo que os menores dedicam, em média, a jogos interativos, verifica-se que 10 das crianças (71,4%) passa, em média, até um máximo de uma hora diária e quatro crianças (28,6%) entre uma e duas horas por dia (Apêndice 15).

Seguidamente, procurou-se aferir o grau de preocupação dos pais quanto ao comportamento alimentar das crianças nas refeições efetuadas em casa.

Deste modo, no que se refere ao cuidado com o facto de a criança não comer a quantidade suficiente de alimentos por iniciativa própria, verificou-se que 10 dos adultos (55,6%) responderam “sim, preocupo-me/preocupo-me um bocado”, quatro (22,2 %) selecionou a opção “sim, mas não me preocupo”, e os outros quatro adultos referiram que “não, isto não aconteceu” (Apêndice 16).

No que diz respeito ao comportamento de fazer birra com a comida e não aceitar qualquer tipo de alimento, verificou-se que 10 (52,6%) dos adultos referiram que isso os inquieta, enquanto quatro (21,1%) responderam que tal situação acontece, mas não os preocupa (Apêndice 16).

Questionados sobre a possibilidade de as crianças comerem exageradamente, doze (66,7 %) dos adultos referiu que a situação não aconteceu, quatro (22,2%) selecionaram a resposta “sim, preocupo-me/preocupo-me um bocado” e dois (11,1%) “sim, mas não me preocupo” (Apêndice 16).

No que toca às dificuldades sentidas no âmbito das crianças conseguirem ter uma rotina de hábitos alimentares, treze (68,4%) dos adultos referiram que “não, isto não aconteceu” e seis (31,6%) afirmam “sim, preocupo-me/preocupo-me um bocado” (Apêndice 16).

Quando se procurou averiguar se, em casa, as crianças faziam a mesma refeição do que os adultos, verificou-se que quatorze das crianças (73,7%) ingere “sempre ou quase sempre” a mesma comida que a restante família, sendo que três crianças (15,8%) apenas o realiza “às vezes” e duas das crianças (10,6%) “quase nunca” e “nunca” comem a mesma comida (Apêndice 17).

Relativamente à preocupação dos representantes legais quanto à escolha de alimentos em cujo rótulo conste “Baixo teor em açúcar”, “Adição de ferro ou rico em ferro” e “Adição de outro suplemento ou vitamina”, constata-se que a preocupação frequente por parte dos adultos tem maior incidência na informação dos rótulos onde conste “Baixo teor em açúcar”, já que quatorze dos adultos (77,7%) referiu ter essa preocupação “frequentemente/às vezes”, e apenas quatro adultos (22,2%) afirmam “nunca” ter essa preocupação (Apêndice 18). Constatou-se também que, “frequentemente/às vezes” quatorze (73,7%) dos adultos manifestaram cuidado com os alimentos com adição de ferro e equivalentes, e cinco (33,3%) com a adição de outro suplemento.

Consumo Alimentar: Frequência Alimentar, Porções Alimentares

Leite, Laticínios e produtos lácteos (Apêndice 19)

Relativamente à frequência da ingestão de leite, laticínios e produtos lácteos, o leite meio-gordo é o alimento consumido com maior frequência, sendo ingerido por nove das crianças (47,4%) mais de uma vez por dia; e por quatro crianças (21,1%) quatro a sete vezes por semana. Quanto ao leite gordo, dezoito (94,7%) dos adultos referiram que nunca ou raramente consomem este alimento, o qual é ingerido apenas por uma criança; quanto ao leite magro, a informação recolhida revela que dezanove (100%) das crianças também nunca ou raramente o consome.

A maioria das crianças consome iogurtes mais de uma vez por dia, oito crianças (42,1%), por sua vez, seis (36,8%) das crianças consomem este alimento entre quatro e sete vezes por semana, sendo que estes iogurtes são os preferidos pelas crianças relativamente aos infantis, uma vez que sete (36,8%) das crianças nunca ou raramente os ingere e somente três (15,8%) os ingere mais de uma vez por dia.

Verificou-se que a ingestão de queijinhos e Danoninhos não é uma alternativa muito escolhida pelas crianças, verificando-se que seis (31,6%) nunca ou raramente os consomem e três os consomem mais de uma vez por dia.

As sobremesas lácteas nunca ou raramente são consumidas pelas crianças.

Evidencia-se que quatorze das crianças (73,6%) ingere gelados uma vez de 15 em 15 dias, enquanto sete o faz de uma a três vezes por semana. Somente cinco (26,3%) das crianças nunca ou raramente consome gelados.

Ainda no que toca ao grupo composto por leite e derivados do leite, o leite meio-gordo, os iogurtes, os queijinhos e os Danoninhos, as sobremesas lácteas e os gelados são ingeridos na porção média recomendada (PMR). Verifica-se ainda que os iogurtes infantis são consumidos numa quantidade inferior à porção média recomendada.

Carne e produtos similares, Ovos (Apêndice 20)

No que se refere à ingestão de carnes vermelhas, vaca, porco e cabrito, cinco das crianças (29,4%) nunca ou raramente consomem estas alimentos; oito crianças fazem-no distributivamente uma vez de 15 em 15 dias e o mesmo número de crianças de uma a três vezes por semana. Por seu lado, a informação recolhida permite afirmar que duas (11,8%) do universo deste estudo ingere alimentos desta categoria de quatro a sete vezes por semana, sendo que igual número o faz mais de uma vez por dia.

Ainda no que concerne a este grupo de alimentos, nove (50%) das crianças consome carne de frango, peru ou coelho de uma a três vezes por semana, enquanto que seis crianças (33,3%) têm um consumo de quatro a sete vezes por semana. Somente duas das crianças (11,1%) nunca ou raramente ingere este tipo de carnes.

A maioria das crianças que constituem o universo deste estudo quase nunca ou raramente consome carne de panados industriais de frango/peru, croquetes, pastéis e rissóis, hambúrgueres e salchichas, havendo cerca de 42,1% (oito) crianças que ingere este tipo de alimentos uma vez de 15 em 15 dias.

A ingestão de fiambre, chouriço, salpicão é realizada uma vez de 15 em 15 dias por sete das crianças (36,8%), de uma a três vezes por semana por seis crianças (31,6%), enquanto que cinco das crianças (26,3%) nunca ou raramente ingere este tipo de carnes.

A ingestão de boiões de carne, soja e derivados nunca ou raramente se verifica por parte das crianças, isto é, dezanove (95%) das crianças.

No tocante à ingestão de ovos, oito das crianças (42,1%) ingere este alimento de uma a três vezes por semana, sete crianças (36,8%) nunca ou raramente e três (15,8%) uma vez de 15 em 15 dias.

Quanto à quantidade ingerida de carne de vaca, porco, cabrito, panados industriais de frango/peru, croquetes, pastéis e rissóis, e hambúrgueres, estas são, na maior parte das vezes, iguais à PMR. Quanto à carne de frango, peru, coelho, salchichas, fiambre, chouriço, salpicão e ovos, verificou-se que a quantidade ingerida é, na maior parte das vezes, mais elevada do que a PMR.

Peixe e Marisco (Apêndice 21)

Relativamente à ingestão de peixe magro (pescada, faneca, dourada, entre outros), verifica-se que doze das crianças (63,2%) ingere estes alimentos uma a três vezes por semana, observando-se igualmente que a escolha destes peixes é preferida relativamente ao consumo de peixe gordo (sardinha, cavala, carapau, salmão, entre outros); com efeito, verifica-se que nove das crianças (45%) nunca ou raramente faz esta ingestão e sete crianças (35%) consome estes alimentos uma a três vezes por semana. Evidencia-se que a ingestão de peixe panado ou frito, rissóis de peixe ou pastéis de bacalhau é realizada uma vez de 15 em 15 dias por nove das crianças (50%), seis crianças (33,3%) nunca ou raramente o fazem e três (16,7%) fazem-no uma a três vezes por semana.

Quanto à quantidade de peixe ingerida, constatou-se que a grande maioria das crianças ingere o equivalente à PMR em quase todos os alimentos desta categoria. Evidencia-se, contudo, um consumo maior do que a PMR de peixe magro em três (16,7%) das crianças.

Óleos e Gorduras (Apêndice 22)

Verificou-se que, relativamente a este grupo alimentar, os produtos mais ingeridos pelas crianças são o azeite e a manteiga. Relativamente ao azeite, oito crianças (42,1%) consome destes alimentos quatro a sete vezes por semana, seis (31,6%) fá-lo uma a três vezes por semana, quatro (21,1%) consomem estes produtos mais de uma vez por dia e somente uma criança nunca ou raramente ingere estes alimentos. A manteiga é ingerida por nove das crianças (47, 4%) uma a três

vezes por semana, por cinco crianças (26,3%) quatro a sete vezes por semana e por quatro crianças (21,1%) mais de uma vez por dia. Somente uma criança nunca ou raramente ingere este tipo de alimentos.

Os dados recolhidos permitem constatar que óleos e margarina nunca ou raramente são consumidos pelas crianças, os primeiros com uma percentagem mais elevada, 63,2%, correspondendo a doze crianças e a margarina com uma percentagem menor, 57,9%, ou seja, onze das crianças.

Os dados obtidos revelam também que o azeite, os óleos, a manteiga e a margarina são ingeridos pelas crianças maioritariamente na PMR. Verifica-se um discreto consumo da PMR de manteiga em 22,2% (quatro) das crianças.

Pão, Cereais e Similares (Quadro 1 e 2)

Neste grupo de alimentos, no que se refere ao pão, as opções recaem na ingestão de pão branco ou pão de forma. Verifica-se que sete das crianças (36,8%) ingere pão branco mais de uma vez por dia, cinco crianças (26,3%) uma a três vezes por semana, três crianças (15,8%) quatro a sete vezes por semana e somente outras três crianças (15,8%) nunca ou raramente ingere pão branco.

O pão de forma é ingerido por cinco das crianças (26,3%) uma a três vezes por semana, por três crianças (15,8%) uma vez de quinze em quinze dias, por duas crianças (10,5%) mais de uma vez por dia, por uma criança (5,5%) quatro a sete vezes por semana e este pão nunca ou raramente é ingerido por oito das crianças (42,1%).

A quase totalidade das crianças nunca ou raramente ingere pão integral, centeio e mistura, 15 das crianças (75%) nunca ou raramente o fazem e três (15%) consomem este tipo de alimentos uma a três vezes por semana.

Existem hábitos de consumo regulares de arroz cozido em nove das crianças (47,4%) com uma periodicidade que varia entre uma a três vezes por semana, duas crianças (10,5%) ingerem-nos uma vez de quinze em quinze dias e uma das crianças quatro a sete vezes por semana. Finalmente, cerca de sete das crianças (36,8%) nunca ou raramente ingere arroz cozinhado.

Constata-se também um consumo regular de massas, esparguetes e macarrão por parte das crianças, sendo que sete das crianças (36,8%) ingere estes alimentos uma a três vezes por semana, cinco crianças (26,3%) quatro a sete vezes por semana, duas (10,2%) das crianças uma vez de quinze em quinze dias e somente cinco das crianças (26,3%) nunca ou raramente ingerem este tipo de alimentos.

A lasanha e a pizza são ingeridas essencialmente uma vez de quinze em quinze dias. A lasanha é consumida por duas das crianças (10%) e a pizza por nove das crianças (45%), verificando-se também um consumo de pizza por uma criança uma a três vezes por semana. Verifica-se que a maioria das crianças (90%, correspondendo a 18 casos) nunca ou raramente ingere lasanha.

No que diz respeito à ingestão de batatas fritas, a opção entre batatas fritas de pacote é igual à opção de batatas fritas caseiras, sendo que nove (47,4%) das crianças ingere estas batatas com igual periodicidade, ou seja, uma vez de quinze em quinze dias, quatro (21,1%) o faz de uma a três vezes por semana e seis (31,6%) nunca ou raramente ingerem batatas nesta forma.

Verifica-se um consumo de batatas cozidas ou assadas por treze (68,4%) crianças de uma a três vezes por semana, três das crianças (15,8%) uma vez de quinze em quinze dias e somente uma criança nunca ou raramente ingere batata preparada desta forma.

Na maioria dos casos, nunca ou raramente se verifica a ingestão de papas tipo Cerelac®, Nestum®, Cereais crocantes integrais e cereais crocantes magros sem açúcar pelas crianças. Contudo, os cereais crocantes açucarados são consumidos pelas crianças em sete (36,8%) dos casos uma a três vezes por semana, duas crianças fazem-no uma vez de quinze em quinze dias e outras duas crianças consomem este produto mais de uma vez por dia. Cerca de oito das crianças (42,1%) nunca ou raramente ingere cereais crocantes açucarados.

Ingestão de Hidratos de Carbono (Frequência %)						
	N	Nunca ou raramente	1 x de 15 em 15 dias	1 a 3 x Semana	4 a 7 x semana	+ de 1 x dia
Pão Branco	19	15,8	5,3	26,3	15,8	36,8
Pão Integra, Centeio, Mistura	20	75,0	5,0	15,0		
Pão Forma	19	42,1	15,8	26,3	5,3	10,5
Arroz Cozinhado	19	36,8	10,5	47,4	5,3	
Massas, Esparguetes, macarrão	19	26,3	10,5	36,8	26,3	
Lasanha	20	90,0	10,0			
Pizza	20	50,0	45,0	5,0		
Batata Frita Caseira	19	31,6	47,4	21,1		
Batata Frita Pacote	19	31,6	47,4	21,1		
Batata cozida, assada	19	5,3	15,8	68,4	5,3	5,3
Cerais/ Papas	20	60,0	20,0	10,0		10,0
Cereais Crocantes Açucarados	19	42,1	10,5	36,8		10,5
Cereais Crocantes Integrais	20	85,0	5,0	5,0	5,0	
Cereais Crocantes Magros sem Açúcar	20	80,0	10,0	5,0	5,0	

N - número de casos válidos

Quadro 1 – Distribuição percentual da frequência da ingestão de hidratos de carbono pelas crianças.

Fonte: Elaboração própria.

Sobre a PMR de hidratos de carbono a ingerir pelas crianças, verifica-se que, no que se refere à ingestão de pão branco, integral, de centeio, de mistura e de forma, há um consumo maior do que o recomendado para o pão branco, três das crianças (17,6%), e para o pão de forma, em quatro dos casos (36,4%). Apesar de se verificar uma frequência baixa na ingestão de pão integral, de centeio e de mistura, quando é efetuada, verifica-se ser igual à PMR.

Relativamente à PMR na ingestão de arroz cozinhado, massas, esparguetes e macarrão, os dados recolhidos apontam para um consumo superior à porção média aconselhada. O arroz cozinhado é ingerido por três crianças (23,1%), enquanto as massas, esparguetes e macarrão por quatro crianças (28,6%).

Verifica-se que a ingestão de lasanha e pizza por parte das crianças é feita em dose igual ou menor do que a PMR.

Constata-se que a batata frita de pacote é consumida pelas crianças em quantidade ligeiramente acima do aconselhado.

A batata cozida ou assada é ingerida pelas crianças em dose igual à PMR, com um valor de doze crianças (66,7%).

Os resultados obtidos, no que se refere à PMR para a ingestão de cereais, papas, cereais crocantes açucarados e cereais crocantes magros sem açúcar, permitem concluir que estes são ingeridos em quantidades iguais à porção médica aconselhada. Verifica-se que, das crianças que ingerem cereais crocantes integrais, duas (66,7%) o fazem numa porção menor e uma criança em dose igual à PMR.

Ingestão de Hidratos de Carbono (PMR %)					
	N	Menor	Igual	Maior	Sazonal
Pão Branco	17	17,6	64,7	17,6	
Pão Integra, Centeio, Mistura	7	14,3	85,7		
Pão Forma	11	27,3	36,4	36,4	
Arroz Cozinhado	13	46,2	30,8	23,1	
Massas, Esparguetes, macarrão	14	28,6	42,9	28,6	
Lasanha	3	33,3	66,7		
Pizza	11	54,5	45,5		
Batata Frita Caseira	14	50,0	42,9		7,1
Batata Frita Pacote	15	46,7	40,0	6,7	6,7
Batata cozida, assada	18	27,8	66,7	5,6	
Cerais/ Papas	10	40,0	60,0		
Cereais Crocantes Açucarados	12	33,3	66,7		
Cereais Crocantes Integrais	3	66,7	33,3		
Cereais Crocantes Magros sem Açúcar	3	33,3	66,7		

N - número de casos válidos

Quadro 2 – Distribuição percentual da PMR entre a ingestão de hidratos de carbono pelas crianças.

Fonte: Elaboração própria.

Hortaliças e Legumes (Quadro 3 e 4)

Relativamente a este grupo, a totalidade das crianças nunca ou raramente ingere boiões de sopa. Verifica-se também que cerca de metade das crianças nunca ou raramente ingere ervilhas, grão, favas, onze casos correspondendo a (55%), nem milho doce cozido treze casos (68,4%).

No que se refere à ingestão de couve branca e couve lombarda cozinhadas, seis (30%) das crianças ingere este alimento uma vez de quinze em quinze dias, cinco (25%) uma a três vezes por semana e duas entre quatro a sete vezes por semana e mais de uma vez por dia. Cerca de sete das crianças (35%), nunca ou raramente ingere estes legumes.

Constata-se ainda que quatro crianças (21,1%) ingere couve-flor e couve de bruxelas cozinhadas uma vez de quinze em quinze dias, três (15,8%) fá-lo uma a três vezes por semana, oito crianças (42,1%) nunca ou raramente ingere couve-flor ou couve de bruxelas cozinhadas. Verifica-se ainda que quatro crianças (30%) consome estes alimentos entre quatro e sete vezes por semana e duas crianças em igual percentagem o faz mais de uma vez por dia.

Nota-se que existe um consumo regular e aceitável das restantes hortaliças e legumes por parte das crianças. Tomemos como exemplo a ingestão de grelos, nabijas e espinafres cozinhados. Verifica-se que seis das crianças (31,6%) ingere estes tipos de alimentos uma a três vezes por semana, quatro (21,1%) o faz quatro a sete vezes por semana, outras quatro crianças uma vez de quinze em quinze dias, duas crianças (10,5%) mais de uma vez por dia e somente três (15,8%) nunca ou raramente ingere estes alimentos.

Ingestão de Hortaliças e Legumes (Frequência %)						
	N	Nunca ou raramente	1 x de 15 em 15 dias	1 a 3 x Semana	4 a 7 x semana	+ de 1 x dia
Feijão, Grão Cozinhado	19	15,8	26,3	36,8	5,3	15,8
Ervilha, Grão Favas cozinhadas	20	55,0	25,0	10,0		10,0
Couve branca, couve lombarda cozinhadas	20	35,0	30,0	25,0	5,0	5,0
Bróculos	19	31,6	26,3	31,6		10,5
Couve Flor e Bruxelas Cozinhada	19	42,1	21,1	15,8	10,5	10,5
Grelos, Nabija, Espinafres Cozinhados	19	15,8	21,1	31,6	21,1	10,5
Feijão Verde	19	26,3	36,8	21,1	5,3	10,5
Milho Doce Cozido	19	68,4	10,5	5,3	5,3	10,5
Alface, Agrião	20	30,0	15,0	20,0	25,0	10,0
Tomate	19	31,6	5,3	15,8	31,6	15,8
Cenoura	19	15,8	15,8	15,8	36,8	15,8
Boião de sopa (Nestelê, Blédina)	20	100,0				

N - número de casos válidos

Quadro 3 – Distribuição percentual da frequência da ingestão de hortaliças e legumes pelas crianças.

Fonte: Elaboração própria.

Observa-se que a maioria dos alimentos ingeridos com maior frequência são consumidos em porção igual à aconselhada. Contudo, as ervilhas, grãos e favas são ingeridos em menor quantidade do que a PMR aconselha e a couve branca e a couve lombarda cozinhadas são ingeridas por metade das crianças em quantidade inferior à PMR e por outra metade em dose igual à PMR (Quadro 4).

Ingestão de Hortaliças e Legumes (PMR %)					
	N	Menor	Igual	Maior	Sazonal
Feijão, Grão Cozinhado	17	35,3	58,8	5,9	
Ervilha, Grão Favas cozinhadas	10	70,0	30,0		
Couve branca, couve lombarda cozinhadas	14	50,0	50,0		
Bróculos	14	28,6	64,3		7,1
Couve Flor e Bruxelas Cozinhada	11	27,3	63,6	9,1	
Grelos, Nabica, Espinafres Cozinhados	18	33,3	61,1	5,6	
Feijão Verde	15	33,3	60,0	6,7	
Milho Doce Cozido	9	44,4	44,4	11,1	
Alface, Agrião	14	35,7	57,1	7,1	
Tomate	14	28,6	50,0	14,3	7,1
Cenoura	16	18,8	56,3	25	
Boião de sopa (Nestelê, Blédina)	10	100,0			
N - número de casos válidos					

Quadro 4 – Distribuição percentual da PMR entre a ingestão de Hortaliças e Legumes pelas crianças.

Fonte: Elaboração própria.

Frutas (Apêndice 23)

No que diz respeito à ingestão de frutos, a quase totalidade das crianças, designadamente quinze (78,9%), nunca ou raramente ingere fruta de conserva (ananás e pêsego) nem fruta em boiões, dezassete crianças (85%).

Verifica-se que nove crianças (45%) ingere frutos secos (amêndoas e avelãs) uma vez de quinze em quinze dias, e duas uma a três vezes por semana. As restantes nove crianças (45%) nunca ou raramente ingere este tipo de alimento. Verifica-se que o kiwi é ingerido por sete das crianças (36,8%) uma vez de quinze em quinze dias, por cinco crianças (26,3%) uma a três vezes por semana e somente uma criança o consome quatro a sete vezes por semana. Finalmente, seis das crianças (31,6%) nunca ou raramente ingere kiwis.

Laranjas e tangerinas são ingeridas de uma a três vezes por semana por cinco crianças (26,3%) e por seis crianças (31,6%) uma vez de quinze em quinze dias, três de quatro a sete vezes por

semana, e oito das crianças nunca ou raramente consome laranjas e tangerinas. A maçã, pera, banana, morangos, cerejas, melão e melancia são as frutas que as crianças consomem com maior frequência. A maçã e a pera são ingeridas de quatro a sete vezes por semana por nove crianças (47,4%), mais de uma vez por dia por quatro crianças (21,1%) e cerca de seis crianças (31,6%) nunca ou raramente ingere estes frutos.

Verifica-se que a banana é ingerida por nove crianças (47,4%) de uma a três vezes por semana, por quatro crianças (21,1%) de quatro a sete vezes por semana, por três crianças (15,8%) uma vez de quinze em quinze dias, por uma criança mais de uma vez por dia e por duas crianças (10,5%) nunca ou raramente. Constata-se que os morangos e cerejas são ingeridos por seis crianças (31,5%) quatro a sete vezes por semana, por cinco crianças (26,3%) de uma a três vezes por semana, por quatro crianças (21,1%) uma vez de quinze em quinze dias e por uma criança mais de uma vez por dia. Finalmente, observa-se que três das crianças (15,8%) nunca ou raramente consomem este alimento.

No que se refere à PMR de frutos a ingerir pelas crianças, pode constatar-se que a maioria das crianças realiza um consumo igual à porção aconselhada. Verifica-se, contudo, que das crianças que consomem frutos, seis (60%) fazem-no em menor quantidade do que a PMR e, das que ingerem fruta em boião, três (60%) fazem-no em quantidade igual à aconselhada enquanto duas o fazem em quantidade menor à PMR.

Apesar de o kiwi e da laranja não constarem entre as frutas de eleição no consumo das crianças, quando se procurou averiguar a PMR consumida por estas em relação a estes frutos, verificou-se que, no que se refere ao kiwi, é ingerido por 11 (78,6%) das crianças em igual quantidade à PMR e por duas crianças em quantidade maior do que a PMR, enquanto uma criança o faz em quantidade menor à PMR. No que se refere à quantidade da ingestão de laranjas e tangerinas, verificou-se que seis das crianças (54,5%) ingere estes frutos na porção aconselhada, três das crianças (27,3%) os ingerem numa dose superior à PMR e duas das crianças os ingerem em menor quantidade do que a PMR.

Sendo a banana uma das frutas de eleição das crianças, constatou-se que 13 das crianças (76,5%) as ingere em quantidade igual à recomendada e quatro das crianças (23,6%), distribuídas equitativamente, consomem a fruta em menor/maior quantidade do que a PMR.

Bebidas (Apêndice 24)

No que diz respeito à ingestão de bebidas por parte das crianças, Ice Tea® e outras bebidas de extratos vegetais e sumos de fruta concentrados são as bebidas mais ingeridas pelas crianças. Verificou-se que sete das crianças (36,8%) ingere esta bebida uma a três vezes por semana, três das crianças (15,8%) o faz uma vez de quinze em quinze dias, duas das crianças (10,5%) as consomem mais de uma vez por dia, uma criança fá-lo de quatro a sete vezes por semana e seis das crianças (31,6%) nunca ou raramente o faz. Constatou-se que cinco das crianças (26,3%) consome sumos de fruta concentrados uma vez de quinze em quinze dias, quatro das crianças (21,1%) o faz de uma a três vezes por semana e uma das crianças de quatro a sete vezes por semana, enquanto quase metade, nove das crianças (47,9%), nunca ou raramente ingere esta bebida. No que se refere à ingestão de refrigerantes gaseificados, sumos de fruta natural com polpa, sumos de fruta natural sem polpa e coca cola, evidenciou-se que a maioria das crianças nunca ou raramente consome estas bebidas.

No que se refere à PMR para a ingestão de bebidas pelas crianças, evidencia-se que o consumo de Ice Tea® ou outras bebidas de extratos vegetais é igual à recomendada em sete dos casos (46,7%) sazonal em um caso (6,7%) e menor do que a PMR em sete das crianças (46,7%).

Verifica-se ainda um consumo igual à PMR de sumos de fruta concentrados por seis das crianças (54,4%), um consumo maior do que o aconselhado em uma das crianças (9,1%) e uma ingestão inferior à PMR em quatro das crianças (36,4%).

Doces e Pastelaria (Quadro 5 e 6)

Relativamente à ingestão de doces e produtos de pastelaria, verifica-se que não existe propensão ao consumo de *snacks* de chocolate, já que dezasseis das crianças em estudo (84,2%) nunca ou raramente os consomem, situação equivalente à do consumo de marmelada, compota ou geleia com igual percentagem. Nas categorias anteriormente referidas, duas das crianças (10,5%) efetua consumo uma vez de quinze em quinze dias e uma criança de uma a três vezes por semana.

Verifica-se também que dez das crianças (52,6%) nunca ou raramente consome açúcar, seis das crianças (31,6%) o ingere de uma a três vezes por semana, duas crianças (10,5%) uma vez de quinze em quinze dias e uma criança quatro a sete vezes por semana.

Constata-se que oito crianças (40%) ingere chocolate (em tablete ou pó) uma vez de quinze em quinze dias, quatro crianças (20%) fá-lo de uma a três vezes por semana, oito das crianças (40%) nunca ou raramente o faz.

Evidencia-se que cinco das crianças nunca ou raramente consome bolacha Maria® ou Torrada®, sendo que as restantes quatorze crianças ingerem este tipo de alimento com a seguinte distribuição: cinco (26,3%) mais de uma vez por dia; mais cinco quatro a sete vezes por semana; três (15,8%) de uma a três vezes por semana; e uma (5,3%) apenas o faz uma vez de quinze em quinze dias.

Verifica-se que nove das crianças (47,4%) consome bolachas ou biscoitos uma a três vezes por semana, três das crianças (15,8%) o faz mais de uma vez por dia, outras três uma vez de quinze em quinze dias e apenas uma de quatro a sete vezes por semana.

Ingestão de Doces e Pastelaria (Frequência %)						
	N	Nunca ou raramente	1 x de 15 em 15 dias	1 a 3 x Semana	4 a 7 x semana	+ de 1 x dia
Bolacha Maria, Torrada	19	26,3	5,3	15,8	26,3	26,3
Outras Bolachas ou biscoitos	19	15,8	15,8	47,4	5,3	15,8
Croissants, Pastéis, Bolos	18	38,9	33,3	22,2	5,6	
Chocolate (Tablete ou pó)	20	40,0	40,0	20,0		
Snacks de chocolate (Mars, Twix, Kikat, etc)	19	84,2	10,5	5,3		
Marmelada, Compota, Geleia	19	84,2	10,5	5,3		
Açúcar	19	52,6	10,5	31,6	5,3	
N - número de casos válidos						

Quadro 5 – Distribuição percentual da frequência da ingestão de doces e pastelaria pelas crianças.

Fonte: Elaboração própria.

No que se refere à PMR para a ingestão de doces e produtos de pastelaria, bem como de *snacks* de chocolate, verifica-se que as crianças que consomem estes alimentos o fazem numa quantidade igual à PMR, duas das crianças (50%), uma das crianças (25%) em PMR superior, e outra criança também em menor quantidade do que a PMR. Tal situação verifica-se também no que se refere ao consumo de marmelada, compota e geleia, categoria em que três das crianças (60%) consomem estes alimentos em quantidade igual à média recomendada, uma (20%) fá-lo em maioríssimas quantidades do que a recomendada e outra criança em menor quantidade.

O açúcar é ingerido por oito das crianças (80%) relativamente à PMR diária, uma das crianças (10%) sazonalmente e outra criança em menor quantidade do que a PMR.

Verifica-se que nove das crianças (75%) que ingere chocolate o faz em dose igual à PMR e três (25%) e outras três em menor quantidade do que a PMR.

Observa-se que sete das crianças (43,8%) consomem uma quantidade maior do que a PMR no que se refere a bolacha Maria® ou Torrada®, seis das crianças (37,5%) consomem numa quantidade igual à aconselhada e três das crianças (18,8%) consomem numa quantidade menor à aconselhada. No que se refere à ingestão de outras bolachas ou biscoitos, constata-se que dez das crianças (62,5%) ingere este alimento em dose igual à PMR, quatro das crianças (25%) em quantidade maior do que PMR e duas das crianças (12,5%) em quantidade menor do que a recomendada.

Ingestão de Doces e Pastelaria (PMR %)					
	N	Menor	Igual	Maior	Sazonal
Bolacha Maria, Torrada	16	18,8	37,5	43,8	
Outras Bolachas ou biscoitos	16	12,5	62,5	25,0	
Croissants, Pastéis, Bolos	12	25,0	58,3	16,7	
Chocolate (Tabelete ou pó)	12	25,0	75,0		
Snacks de chocolate (Mars, Twix, Kikat, etc)	4	25,0	50,0	25,0	
Marmelada, Compota, Geleia	5	20,0	60,0	20,0	
Açúcar	10	10,0	80,0		10,0
N - número de casos válidos					

Quadro 6 – Distribuição percentual da PMR da ingestão de doces e pastelaria pelas crianças.

Fonte: Elaboração própria.

Identificação de problemas e necessidades

De acordo com os resultados do diagnóstico, foram identificados os seguintes problemas:

➤ Comportamento alimentar infantil comprometido:

- Consumo e variedade reduzida de leguminosas: ervilhas, grão, favas.
- Consumo e variedade reduzida de cereais e derivados: pão integral, centeio e mistura.
- Consumo e variedade elevada de cereais e derivados: pão branco; pão de forma; massas, esparguete e macarrão, de bolacha Maria® ou Torrada® e outras bolachas e biscoitos.

No final desta fase, Diagnóstico da situação, definiram-se os principais problemas de saúde, que, segundo Tavares (1990), são como um estado de saúde julgado em défice para um indivíduo ou uma comunidade.

A segunda etapa do planeamento em saúde, como já referido anteriormente, é a Determinação de prioridades. Esta refere-se à conquista de decisão e está diretamente inter-relacionada com o Diagnóstico de situação. É imprescindível nesta fase a hierarquização dos problemas, havendo a necessidade de selecionar aqueles que devem ser solucionados em primeiro lugar. Sendo de extrema importância ter em consideração o horizonte temporal, a zona de programação bem como os recursos necessários e disponíveis, esta fase permite o eficaz aproveitamento dos recursos, a hierarquização dos problemas, naqueles que se pode e reconhece intervir, permitindo o estabelecimento da ordem pela qual se proceder (Mendes, 2019).

Para que se torne operacional esta etapa de planeamento em saúde, procedeu-se a uma reunião com a Enfermeira responsável pela SE da UCC de Estremoz, com o intuito de apresentar as linhas orientadoras do futuro projeto e a pertinência do mesmo, bem como os dados referentes ao diagnóstico de situação. Foram também transmitidos todos os aspetos à equipa de enfermagem da UCC, bem como à Educadora de Infância do JICSPS e ao Presidente do CSPSA.

5. ANÁLISE REFLEXIVA SOBRE OS OBJETIVOS

Segundo Tavares (1990) a etapa de fixação de objetivos é a etapa que fornece normas e critérios para a execução das atividades posteriores. Na formulação de um objetivo este autor enumera cinco elementos que devem ser incluídos na sua formulação: essência da situação ambicionada; as normas de sucesso ou de falhanço; a população a ser abrangida; a zona de aplicação do projeto; e o tempo em que deverá ser atingido (Tavares, 1990)

Imperator & Giraldes (1982, p.11), definem objetivo como “o enunciado de um resultado desejado do problema, alterando em princípio, a tendência a da sua evolução”.

Assim, delineou-se como objetivo geral:

➤ Promover hábitos alimentares saudáveis nas crianças que frequentam um Jardim Infantil do concelho de Estremoz, até junho de 2020.

Com a intenção de alcançar o objetivo geral, foram definidos ***seis objetivos específicos bem como os objetivos operacionais/metapara cada um.***

A meta ou objetivo operacional, segundo Imperator & Giraldes (1982 p. 48), são “o enunciado de um resultado desejável e tecnicamente desejável das atividades dos serviços de saúde, traduzido em termos de indicadores de atividade”.

Torna-se imprescindível salientar que um indicador é a ligação entre um facto específico (resultado desejado ou atividade desenvolvida) e a população que se encontra em risco (Imperator & Giraldes, 1982).

Nos quadros seguintes, serão expostos os objetivos específicos bem como os objetivos operacionais/metapara cada um.

Objetivo específico: 1.1- Sensibilizar as crianças que do JICSPSA, para a importância dos benefícios de uma alimentação saudável	
Objetivos operacionais/ Metas	Indicadores de atividade ou execução
1.1.1- Que 80% das crianças identifique pelo menos 3 princípios da alimentação saudável.	$\frac{N.^{\circ} \text{ de crianças que executa corretamente a tarefa}}{N.^{\circ} \text{ Total de crianças que participa na atividade}} \times 100$
1.1.2- Que 80% das crianças consiga separar pela cor dos cestos (vermelho, verde e amarelo), 8 alimentos saudáveis, 8 menos saudáveis e 8 que só deve ingerir em dias de festa	$\frac{N.^{\circ} \text{ de crianças que executa corretamente a tarefa}}{N.^{\circ} \text{ Total de crianças que participa na atividade}} \times 100$
1.1.3- Que 80% das crianças, consigam nomear pelo menos 3 alimentos saudáveis e 3 menos saudáveis, através das atividades diáticas executadas	$\frac{N.^{\circ} \text{ de crianças que executa corretamente a tarefa}}{N.^{\circ} \text{ Total de crianças que participa na atividade}} \times 100$

Quadro 7 –Metas e Indicadores de atividade ou execução, para o objetivo específico 1.1.
Fonte: Elaboração própria.

Objetivo específico: 1.2- Promover o envolvimento/participação dos representantes legais, educadora de infância e auxiliares de ação educativa nas atividades planeadas durante a implementação do projeto	
Objetivos operacionais/ Metas	Indicadores de atividade ou execução
1.2.1- Que 20% dos representantes legais, educadora de infância e auxiliares de ação educativa participem nas atividades planeadas durante a implementação do projeto	$\frac{N.^{\circ} \text{ de representantes legais, educadora de infância e auxiliares de ação educativa presentes na sessão}}{N.^{\circ} \text{ Total de representantes legais, educadora de infância e auxiliares de ação educativa do JI}} \times 100$

Quadro 8 – Metas e Indicadores de atividade ou execução, para o objetivo específico 1.2.
Fonte: Elaboração própria.

Objetivo específico: 1.3- Aumentar em 60% o consumo de leguminosas (ervilhas, grãos e favas), nas crianças da sala do pré-escolar do JICSPSA, até junho de 2020	
Objetivos operacionais/ Metas	Indicadores de atividade ou execução
1.3.1- Que 60% das crianças consiga identificar pelos menos 2 benefícios da ingestão de ervilhas, grãos e favas para uma alimentação saudável.	$\frac{\text{N.º de crianças que executa corretamente a tarefa}}{\text{N.º Total de crianças que participa na atividade}} \times 100$
1.3.2- Que 60% das crianças consiga selecionar os alimentos de silicone e colar no espelho associando o emoji correspondente,	$\frac{\text{N.º de crianças que executa corretamente a tarefa}}{\text{N.º Total de crianças que participa na atividade}} \times 100$
1.3.3- Que 60% das crianças consigam identificar 4 alimentos possíveis para confeccionar uma sopa	$\frac{\text{N.º de crianças que executa corretamente a tarefa}}{\text{N.º Total de crianças que participa na atividade}} \times 100$
1.3.4- Que 60% das crianças consiga colocar na respetiva cor do semáforo 2 alimentos correspondentes	$\frac{\text{N.º de crianças que executa corretamente a tarefa}}{\text{N.º Total de crianças que participa na atividade}} \times 100$

Quadro 9 – Metas e Indicadores de atividade ou execução, para o objetivo específico 1.3.

Fonte: Elaboração própria

Objetivo específico: 1.4- Diminuir a ingestão de cereais e derivados, (pão branco, pão de forma, massas, esparguete e macarrão, bolacha Maria® ou Torrada® e outras bolachas, biscoitos), em 30% das crianças do pré-escolar do JICSPSA, até junho de 2020	
Objetivos operacionais/ Metas	Indicadores de atividade ou execução
1.4.1- Que 30% das crianças colabore na construção da roda da alimentação mediterrânica	$\frac{\text{N.º de crianças que executa corretamente a tarefa}}{\text{N.º Total de crianças que participa na atividade}} \times 100$
1.4.2- Que 30% das crianças consiga nomear 2 alimentos de cada grupo da roda dos alimentos	$\frac{\text{N.º de crianças que executa corretamente a tarefa}}{\text{N.º Total de crianças que participa na atividade}} \times 100$
1.4.3- Que 30% das crianças consiga nomear 2 vantagens do exercício físico para a saúde.	$\frac{\text{N.º de crianças que executa corretamente a tarefa}}{\text{N.º Total de crianças que participa na atividade}} \times 100$

Quadro 10 – Metas e Indicadores de atividade ou execução, para o objetivo específico 1.4.

Fonte: Elaboração própria.

Objetivo específico: 1.5- Aumentar em 60% o consumo de cereais e derivados (pão integral, centeio e mistura), nas crianças da sala do pré-escolar do JICSPSA, até junho de 2020

Objetivos operacionais/ Metas	Indicadores de atividade ou execução
1.5.1- Que 60% das crianças consigam nomear pelo menos 2 ingredientes utilizados na confeção do pão.	$\frac{N.^{\circ} \text{ de crianças que executa corretamente a tarefa}}{N.^{\circ} \text{ Total de crianças que participa na atividade}} \times 100$

Quadro 11 – Metas e Indicadores de atividade ou execução, para o objetivo específico 1.5.
Fonte: Elaboração própria.

Objetivo específico: 1.6- Sensibilizar os representantes legais das crianças que frequentam a Sala das Descobertas do JICSPSA, para a importância dos benefícios de uma alimentação saudável até junho de 2020.

Objetivos operacionais/ Metas	Indicadores de atividade ou execução
1.6.1- Que 50% dos representantes legais das crianças que frequentam a Sala das Descobertas do JICSPSA, participem na sessão de educação para a saúde: “Comer bem dá Saúde e faz crescer)	$\frac{N.^{\circ} \text{ de representantes legais presentes na sessão}}{N.^{\circ} \text{ Total de representantes legais do JI}} \times 100$
1.6.2- Que 90% dos representantes legais consigam nomear 3 benefícios para a saúde decorrentes de uma alimentação saudável	$\frac{N.^{\circ} \text{ de representantes legais que executa corretamente a tarefa}}{N.^{\circ} \text{ Total de representantes legais das crianças do JI presentes na sessão}} \times 100$

Quadro 12 – Metas e Indicadores de atividade ou execução, para o objetivo específico 1.6.
Fonte: Elaboração própria.

6. ANÁLISE REFLEXIVA SOBRE AS INTERVENÇÕES

6.1. O MODELO DE PROMOÇÃO DA SAÚDE DE NOLA PENDER

As intervenções de enfermagem a nível individual, familiar e comunitário, permitem alterar hábitos e comportamentos alimentares (Mendes, 2019). Desta forma, para se combater a obesidade infantil, a prevenção através da promoção da saúde e de estratégias de educação para a saúde, os hábitos alimentares são os principais determinantes (Mendes, 2019).

A ECSP tenta capacitar grupos e comunidades usando como recurso a promoção da saúde que se entende como um procedimento que objetiva o aumento da capacidade dos cidadãos e das comunidades a fim de monitorizarem a sua saúde com vista à sua melhoria (Mendes, 2019).

Por forma a alcançar os resultados pretendidos, com o objetivo de ganhos em saúde, tornou-se essencial alicerçar a nossa intervenção num modelo teórico, que, segundo Vítor, Lopes & Ximenes (2005:236), a “utilização de modelos e teorias no campo da promoção da saúde pode facilitar na compreensão dos determinantes dos problemas de saúde, orientar nas soluções que respondem às necessidades e interesses das pessoas envolvidas”.

O Modelo Teórico de Enfermagem, assente na promoção da saúde que guiou o desenvolvimento do projeto de intervenção comunitária, foi o Modelo de Promoção da Saúde de Nola Pender (MPSNP). A carta de Ottawa (1996) aborda a promoção da saúde como um método em que se objetiva aumentar a capacidade dos cidadãos e populações em controlarem e terem autonomia sobre a respetiva saúde, com objetivo de a melhorarem.

No modelo de promoção da saúde de Nola Pender, a adesão a hábitos alimentares saudáveis pretende a mudança do comportamento, sendo esta iniciativa do próprio, assim, este modelo sugere “implementar e avaliar ações de promoção da saúde, permitindo avaliar o comportamento que leva à promoção da saúde” (Vítor, Lopes & Ximenes, 2005:237).

Neste modelo estão presentes cinco conceitos chave: Pessoa, Ambiente, Enfermagem, Saúde e Doença (Pender, Murdaugh & Parsons, 2015). Da interligação da Pessoa com os recursos de saúde, sociais e económicos surge o ambiente que “pode ser manipulado pelo indivíduo para criar um contexto positivo de orientações facilitadoras para comportamentos que melhoram a saúde”

(Pender, Murdaugh & Parsons, 2015: 3). O enfermeiro faz parte integrante do ambiente e é influenciador e influenciado pelas pessoas, ao longo do seu percurso de vida. A enfermagem, neste modelo, está ligada a intervenções e estratégias que conduzem ao comportamento de promoção da saúde (Pender, Murdaugh & Parsons, 2015).

É um modelo que apresenta uma estrutura simples e clara, que possibilita ao enfermeiro elaborar uma intervenção individual ou em grupo, através do planeamento, intervenção e avaliação das suas ações de promoção da saúde (Pender, Murdaugh & Parsons, 2015).

De acordo com o MPSNP e segundo Vitor, Lopes e Ximenes (2005), a modificação de um comportamento resulta da interdependência de três componentes: 1- Características e experiências individuais; 2- Sentimentos e conhecimentos sobre o comportamento que se quer alcançar; 3- Comportamento de promoção da saúde desejável. Segundo os autores anteriormente mencionados, estas três componentes, no modelo, subdividem-se em variáveis (Figura 2).

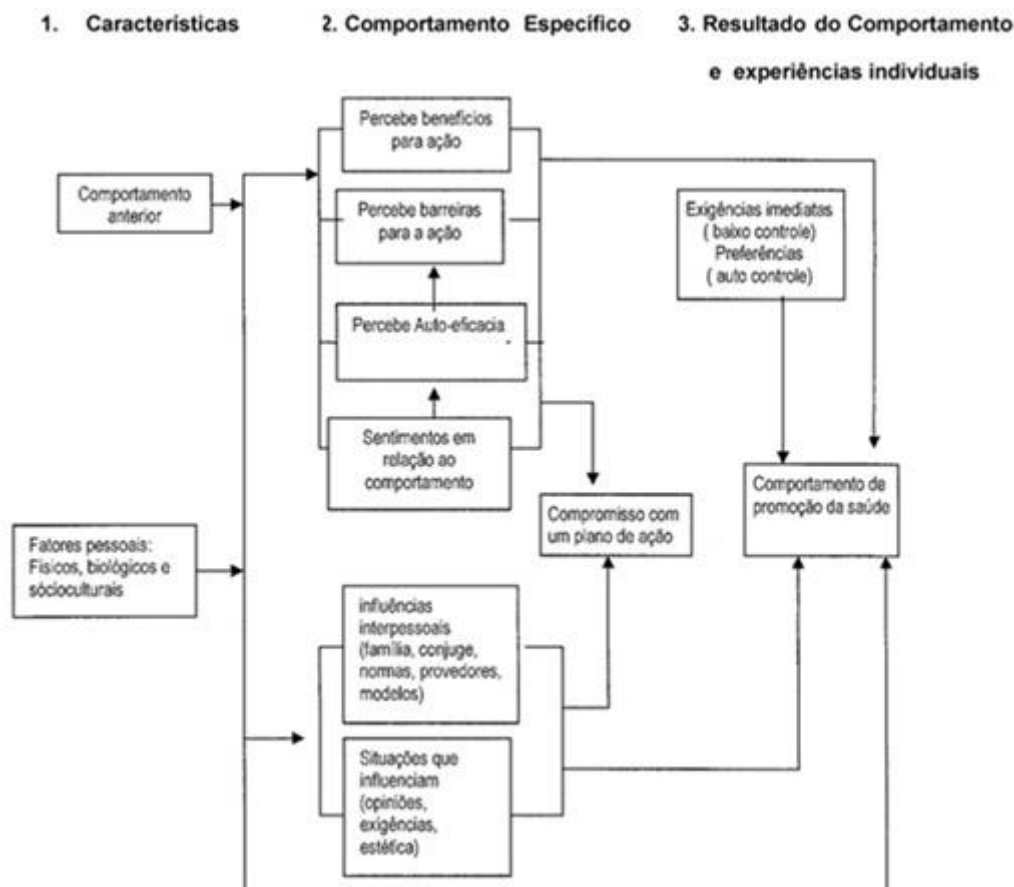


Figura 2: Diagrama do Modelo de Promoção da Saúde de Nola Pender

Fonte: Vitor, Lopes & Ximens (2005)

- 1- Características e experiências individuais- Incluem o **Comportamento anterior** (que deve ser modificado) e os **Fatores pessoais** (biológicos, psicológicos e socioculturais) preditivos de um determinado comportamento.
- 2- Comportamento específico- Envolve os **benefícios da ação percebidos** (ao adotar determinado comportamento); **Barreiras de ação percebida** (dificuldades e custos pessoais); a **Autoeficácia** (julgamento da capacidade pessoal de organizar e executar um comportamento de promoção da saúde); os **Sentimentos em relação ao comportamento** (sentimentos que podem ser positivos, negativos, agradáveis ou desagradáveis subjacentes a antes, durante e depois do comportamento); as **influências interpessoais** (comportamento influenciado ou não por outros, família, pares, prestadores de cuidados de saúde, normas e modelos sociais); as **Influências situacionais** (o ambiente que pode ser facilitador ou impeditivo do comportamento de promoção da saúde).
- 3- Resultado do comportamento- inclui o **Compromisso com o plano de ação** (ações e estratégias planeadas que conduzem à adoção do comportamento de saúde, ou seja, as intervenções de enfermagem); as **Exigências Imediatas e preferências** (nas exigências imediatas, pessoas que têm baixo controlo sobre os comportamentos, requerem mudanças imediatas, as preferências pessoais, têm um maior controlo sobre as mudanças de comportamento) e o **Comportamento de promoção da saúde** (resultado da implementação das intervenções segundo o Modelo de Promoção da saúde).

A utilização deste modelo teórico para a promoção da saúde, permitiu compreender os determinantes de saúde específicos da população alvo e facilitou o desenvolvimento de estratégias e atividades que permitiram promover hábitos alimentares saudáveis nas crianças.

6.2. ANÁLISE REFLEXIVA SOBRE AS ESTRATÉGIAS ACIONADAS

Pode-se definir estratégia de saúde como “o conjunto coerente de técnicas específicas, organizadas com o fim de alcançar um determinado objetivo reduzindo, assim, um ou mais problemas de saúde” (Imperatori & Giraldes, 1982:65). Após estarem identificados os problemas prioritários

a intervir e depois de delineados os objetivos e as metas a atingir, foram delinear-se as estratégias mais adequadas para se alcançarem os objetivos traçados (Valido, 2018).

Com a finalidade de definir as estratégias a desenvolver, foi respeitada a fase de desenvolvimento em que as crianças envolvidas no projeto se encontram, de acordo com o Modelo Cognitivo de Jean Piaget e segundo o modelo que surge no presente projeto MPSNP.

Este projeto é então desenvolvido tendo em conta a estrutura do referido modelo, tendo em conta as suas diferentes etapas.

Todas as estratégias de intervenção têm como fim estimular o desenvolvimento de hábitos alimentares adequados, são atividades envolventes às crianças, mas também, ao JI, à comunidade e aos respetivos representantes legais das crianças (Mendes, 2019).

Assim, tornou-se uma mais valia marcar uma nova reunião com todos os envolvidos no projeto, enfermeira responsável pela saúde escolar da UCC, coadjuvante do presidente do CSPSA, a Educadora de Infância do JICSPSA, representantes legais e crianças do JI do CSPSA.

Desta forma, foram designadas algumas das estratégias basilares:

- Seguir o modelo de promoção da saúde de Nola Pender;
- Seguir as diretrizes do Plano Nacional de Saúde revisto e extenso a 2020;
- Seguir as diretrizes do Programa Nacional para a Promoção da Alimentação Saudável, desenvolvido em 2012.
- Seguir as diretrizes do Programa Nacional de Saúde Escolar.

6.3. FUNDAMENTAÇÃO DAS INTERVENÇÕES

A primeira fase do planeamento operacional é a elaboração do projeto e comporta o estudo pormenorizado das atividades necessárias na execução das estratégias selecionadas (Imperatori e Giraldes, 1982).

Procedemos assim, à definição das atividades, contudo, existe sempre a obrigatoriedade de apresentar e ouvir a opinião da enfermeira tutora do projeto, definir o tempo, o espaço, bem como os recursos possivelmente necessários. Foram apresentadas todas estas linhas orientadoras das atividades também à educadora de infância do JI e responsável pelo CSPSA, com o intuito de obter o apoio, promover o seu envolvimento no projeto, transmitir informação e uniformizar conteúdos e práticas. Após a reunião com os diferentes parceiros, programaram-se as atividades fundamentais para a adequada evolução e sucesso do projeto.

A preparação de sessões de educação para a saúde, no campo de Ação para promoção de práticas alimentares saudáveis – Segundo a Direção geral da educação:

“é fundamental educar nas escolas, desta forma, entende-se por educar para a saúde um processo que dota, crianças, adolescentes e jovens, de saberes, atitudes e princípios que lhes permitirão realizar opções conscientes no âmbito da sua saúde bem como no seu bem-estar físico-social e mental. Os benefícios são para quem os adota mas, influenciam também a saúde daqueles que os circunscrevem, por isso é também a estes que se lhe pede que adotem um papel interativo”. (<https://www.dge.mec.pt/educacao-para-saude>).

▪ **Sessões de Educação para a Saúde dirigidas às crianças:**

- “O Semáforo da alimentação”
- “Eu sou o que como e, como me vejo”
- “Vamos à pesca dos alimentos”
- “Aprendo a construir a roda da alimentação mediterrânica”
- Atividades didáticas sobre alimentação saudável (leitura, dança, jogos)
- “A História do Rato Renato - Como confeccionar uma sopa saudável”
- “O yoga na minha escola”
- “Aprendo como se faz o pão”

▪ **Sessão de Educação para a Saúde dirigida aos representantes legais das crianças:**

- Promoção de hábitos alimentares saudáveis em idade pré-escolar - “Plim Plão o Sabichão da alimentação”.

▪ **Elaboração de uma mascote para o projeto** (Apêndice 25).

Foi por mim imaginada uma pessoa que visualmente identifica-se o projeto. Fui eu a pessoa a quem coube esse papel, foi elaborado um vestido por uma das patrocinadoras e eu decorei-o com elementos alusivos à roda da alimentação mediterrânica, o objetivo foi cativar a atenção das crianças.

▪ **Entrega de uma pulseira simbólica sobre o projeto de intervenção comunitária desenvolvido** (Apêndice 26).

Durante a elaboração do projeto sempre tive em mente que, gostava de deixar uma recordação do projeto a cada criança, então procurei um parceiro que me ajudasse a concluir este objetivo. Pelo que, foi possível elaborar-se uma pulseira com o nome do projeto e as entidades envolvidas. As crianças adoraram a lembrança e guardaram todas na pasta de trabalhos, para no final do ano letivo levarem para casa. Foi um aspeto que me deixou muito satisfeita e contente.

Elaboração de sessões de educação para a saúde em sala de aula, no âmbito da promoção de hábitos alimentares saudáveis

Como foi anteriormente referido, foram programadas 9 sessões de educação para a saúde, com periodicidade semanal, sem rigoridade no dia da semana. A referir que quer a educadora do JI e a enfermeira responsável pela SE, foram bastante acessíveis no estabelecimento das datas e no alargamento do cronograma por necessidades pessoais.

As sessões foram planificadas e executadas existindo um encadeamento entre elas. Foram realizadas na Sala das Descobertas do JI ou espaço exterior a este. Para cada atividade foi definido um objetivo geral e objetivos específicos executar, bem como a quem foi dirigida e quem a executou.

Atividade 1- “O Semáforo da alimentação” (Apêndice 27)

Esta foi a primeira abordagem às crianças do JICSPSA, no que se refere à realização de atividades. Torna-se importante referir que pelas idades das crianças, as sessões de educação para a saúde tiveram esse aspeto em consideração.

No final desta sessão, pretendeu-se que as crianças fossem capazes de categorizar os alimentos, tendo por base a escolha mais saudável.

Nesta sessão foram levadas para o JI cartolinas de velcro (vermelho, verde e amarela) com *emojis*. Foram também transportados alimentos de plástico para a realização da atividade. Solicitou-se a cada criança que escolhesse livremente um alimento existente num recipiente e que o colocasse segundo a sua opinião na cartolina de cor correspondente. Verificou-se que a maioria das crianças acertou na cor correspondente ao alimento. As crianças, estavam todas interessadas e todas quiseram participar na atividade. Nesta sessão estiveram presentes as 20 crianças envolvidas no projeto.

Atividade 2 - “Eu sou o que como e, como me vejo” (Apêndice 28)

Para esta atividade foram necessários alguns materiais, nomeadamente um espelho decorado, alimentos em silicone e *emojis* (3).

No final desta sessão pretendeu-se que, as crianças fossem capazes de identificar os alimentos que devem contemplar e eliminar da sua alimentação.

Após a exposição de todo o material, foi solicitado a cada criança que seleccionasse um alimento de silicone à sua escolha, que o colasse no respetivo quadro e que seleccionasse também o *emoji* correspondente ao seu fáceis perante o alimento que escolheu.

Foi uma sessão de educação para a saúde extremamente interessante. Verificou-se que as crianças têm o tato pouco apurado, pois adoraram mexer nos alimentos em silicone e sentir a sua textura. Nesta sessão estiveram envolvidas as 20 crianças e as mesmas participaram na sessão.

Atividade 3 - “Vamos à pesca dos alimentos” (Apêndice 29)

Nesta atividade transportou-se para o JI um alguidar, três cestos (vermelho, verde e amarelo), alimentos flutuantes, dois camaroeiros e pinos.

Tendo como objetivo sensibilizar as crianças para uma alimentação saudável através da escolha de alimentos, foi-lhes solicitado que formassem duas filas e que, do alguidar com água que continha alimentos flutuantes no seu interior, escolhessem um alimento e percorressem um trajeto delimitado com pinos com o alimento escolhido do alguidar e que, posteriormente, o colocassem de acordo com a sua salubridade no cesto correto. Foi uma atividade bastante agradável para as crianças, pois todas davam “palpites” em relação ao cesto em que deviam colocar o alimento. A atividade permitiu-lhes brincar com a água, aspeto que a maioria das crianças manifestou gostar. Todas as crianças presentes gostaram da atividade e manifestaram interesse.

Atividade 4 - “Aprendo a construir a roda da alimentação mediterrânica” (Apêndice 30)

Tendo como finalidade que as crianças fossem capazes de elaborar a roda da alimentação mediterrânica, foi elaborada uma roda da alimentação mediterrânica com todas as fatias cortadas dos grupos de alimentos. Foi colocado velcro no placar e na parte de trás da fatia da roda dos alimentos. Mostrou-se a roda preenchida e, posteriormente, descolaram-se as fatias dos diferentes grupos de alimentos, deu-se cada uma, a cada criança e, solicitou-se que participassem na atividade colocando a fatia correspondente do grupo de alimentos no placar, de forma a se conseguir construir uma roda da alimentação mediterrânica completa.

Todas as crianças quiseram participar na atividade, davam a sua opinião uns aos outros de forma a que a roda ficasse bem construída e o final foi o sucesso.

Atividade 5- “Atividades didáticas sobre alimentação saudável (leitura, dança, jogos)” (Apêndice 31)

Ao ser realizada a presente sessão de educação com o objetivo de sensibilizar as crianças para a importância de uma alimentação variada, equilibrada e completa, a mestrande levou para o JI vários jogos e livros adequados às idades das crianças, selecionou também um conjunto de músicas para reproduzir e dançar com as crianças.

Nesta atividade as crianças foram divididas em grupos e ficaram sob responsabilidade da educadora de infância do JI, da investigadora, da enfermeira de SE e das duas auxiliares de ação educativa. A cada grupo foi disponibilizada uma atividade lúdica a realizar e, posteriormente, dançar com músicas relacionadas ao tema da alimentação. Não existia o intuito de ter uma música alusiva ao projeto, mas houve uma que as crianças adoraram e em todas as atividades queriam ouvir e dançar essa música. Foi interessante apreciar como as crianças se comportaram e sabiam que no final haveria aquela e outras músicas que eu selecionei.

Atividade 6- “A História do Rato Renato - Como confeccionar uma sopa saudável” (Apêndice 32)

Tendo como finalidade que as crianças fossem capazes de identificar os alimentos através do tato e do olfato que podem ser utilizados para confeccionar uma sopa.

Considerei, por isso, que incentivar as crianças a comer sopa através de uma história sobre um rato que não gostava de sopa e depois gostou. Posteriormente à leitura da história, passou-se à confeção fictícia de uma sopa saudável. Para isso, a mestrande levou consigo alimentos para confeccionar uma sopa, feijão, grão, sal, espinafres, batata doce, batata normal, cenoura, abóbora, cebola, alho, azeite água, bem como uma panela e uma concha. A referir que as crianças ao verem os alimentos reais ficaram de olhos bem abertos. As crianças referiram gostar de ajudar a confeccionar a sopa, pelo que o objetivo da atividade foi alcançado. Foi-lhes explicado que cada representante legal pode utilizar outros alimentos e a sopa ser saudável.

Esta atividade tornou-se importante porque as crianças desenvolveram o tato e o olfato de muitos alimentos que até aqui nunca tinham tocado ou cheirado. No final foi possível todas as crianças mexerem a “sopa fictícia” e houve várias crianças que o quiseram efetuar mais do que uma vez.

No decorrer das anteriores atividades, falou-se imenso sobre alimentação, o que cada um comia e gostava mais ou menos e verificou-se que a sopa na refeição é um prato que muitos gostavam de “saltar”, mas os pais não o permitiam.

Atividade 7- “O yoga na minha escola” (Apêndice 33)

Quando o diagnóstico de situação foi apresentado aos representantes legais das crianças, uma representante legal, manifestou interesse em se deslocar ao JI e proporcionar às crianças, mestrandas, enfermeira responsável pela SE, auxiliares de ação educativa e educadora de infância, uma aula de yoga, atividade que foi executada pelas crianças com atenção e método.

O objetivo desta sessão foi fazer com que as crianças tivessem conhecimento sobre a adoção de estilos de vida saudáveis. A representante legal levou o telemóvel e umas colunas portáteis e ensinou várias posições do yoga que todos deveríamos efetuar diariamente. As crianças estavam atentas e queriam executar as tarefas corretamente, solicitando a ajuda dos superiores.

Atividade 8- “Aprendo como se faz o pão” (Apêndice 34)

O objetivo desta sessão foi que as crianças conseguissem entender como se faz o pão.

Para esta atividade a mestrandas levou algum material cedido por uma entidade patrocinadora: farinha, sal, azeite, água, levedura, papel vegetal e forno (este equipamento foi adquirido pela mestrandas e deixado na sala do JICSPSA, uma vez que esta era uma necessidade manifestada).

As crianças colocaram-se todas em redor de uma mesa e a representante legal a executar a tarefa ficou no topo da mesa. Foi a representante legal que explicou como se confeccionava o pão e pôde-se verificar no final, após a ida ao forno, que ficou delicioso.

Aquando da avaliação desta atividade, quase todas as crianças responderam acertadamente.

Não posso deixar de manifestar o meu agrado pela disponibilidade e interesse das representantes legais em participarem no meu projeto.

Atividade 9- Sessão de educação para os representantes legais das crianças:

- Promoção de hábitos alimentares saudáveis em idade pré-escolar - “Plim Plão o Sabichão da alimentação”. (Apêndice 35)

Por iniciativa da Educadora de Infância a sessão englobou também alguns representantes legais da creche interessados.

A salientar que para a sessão de educação para a saúde tive muitos ouvintes que, ao longo da mesma, foram intervindo, o que foi bastante interessante e motivador para mim (Apêndice 36 - Avaliação da qualidade da sessão).

No final de cada sessão de educação para a saúde, houve sempre uma conversa com a educadora de infância do JI e a enfermeira orientadora, no sentido de avaliar o sucesso/insucesso das sessões (Mendes, 2019). Posso referir que nas sessões se verificou sucesso e houve avaliação positiva dos presentes.

Alguns dos recursos utilizados nas sessões de educação para a saúde, foram adquiridos pela mestranda, outro junto dos patrocínios.

A salientar que, as sessões de educação são da autoria da mestranda.

Uma outra atividade desenvolvida no âmbito do projeto, foi:

- A elaboração de um protocolo de colaboração entre a Administração regional de saúde do Alentejo I.P./ Agrupamentos de Saúde do Alentejo Central e o CSPSA (Apêndice 37).

Após receção da autorização do local de diagnóstico por parte do Presidente do CSPSA, surgiu a necessidade da elaboração de um Protocolo de colaboração entre a UCC do Centro de Saúde de Estremoz – ACES Alentejo Central e o CSPSA, foi elaborado o referido protocolo, o qual foi remetido à Sra. Enfermeira Coordenadora da UCC de Estremoz, tendo a mesma referido que o Protocolo de Parceria deveria ser assinado pela Diretora Executiva do ACES Alentejo Central ou pelo Presidente da ARS Alentejo. A celebração do protocolo permite assegurar a continuidade do projeto.

6.4. RECURSOS HUMANOS, MATERIAIS E FÍSICOS

Os quadros que se seguem são referentes aos recursos humanos, materiais e físicos (material utilizado nas sessões didáticas e material consumível), utilizados como recurso para a consecução deste projeto.

Recursos Humanos	Enfermeira Mestranda, Enfermeira supervisora dos estágios, Enfermeira responsável pela CPCJ, Professora docente e orientadora do projeto, Coordenadora da UCC, Educadora de Infância, Auxiliares de ação educativa, Crianças do JI alvo do projeto, Autarquia, Representantes legais das crianças, Terapeuta da Intervenção precoce
-------------------------	---

Quadro 13- Recursos Humanos do projeto

Fonte: Elaboração própria

Recursos Materiais e Físicos	Equipamento informático: Impressora, Telemóvel, Coluna de som, Televisão, Pen Drive, Computador.
Material utilizado nas sessões didáticas	Placad da roda dos alimentos mediterrânea, Modelos de alimentos em plástico, Modelos de alimentos em silicone, Modelos de alimentos em papel, Pinos, Recipientes vazios, Concha da sopa, Emojis, Panela, Camaroeiros, Jogos didáticos, Vestido de Sabichão da Alimentação, Forno elétrico, Fita distribuída no final do projeto.
Material consumível	Impressão de alimentos, Folhas A4, Toneres de Impressão, Fita de velcro, Cola, Cartolinas, Espelho, Papel de forrar transparente, Alimentos utilizados para a confeção de pão, Alimentos utilizados para a confeção da sopa Combustível, Viatura da própria UCC.

Quadro 14- Recursos Materiais e Físicos do projeto

Fonte: Elaboração própria

6.5. ENTIDADES E PARCERIAS ENVOLVIDAS NO PROJETO

Para a realização de cada uma das atividades anteriormente enumeradas, foram analisadas potenciais parcerias de colaboração no projeto. Assim, foram planeadas parcerias com:

- Câmara Municipal de Estremoz;
- Educadora de Infância;
- Diretora Pedagógica da Sala do JICSPSA;
- Presidente do CSPSA
- Coadjuvante do presidente do CSPSA
- Duas representantes legais das crianças;

Para além das parcerias anteriormente referidas, foram estabelecidos patrocínios, como forma de financiamento de algumas atividades programadas:

- Estabelecimento comercial AP (António pires);
- Costureira Otília Duarte;
- Empresa de design Epidemia.

Depois de parcerias propostas e patrocínios envolvidos, foi também imprescindível duas reuniões, a primeira com o intuito de apresentar o projeto, os objetivos e expectativas das parcerias e patrocínios, tentando através desta abordagem a consciencialização do papel de cada um dos intervenientes. Numa primeira reunião pretendeu-se conquistar o apoio, promover o envolvimento no projeto, transmitir informação, obtendo a uniformização de conteúdos e práticas.

No início do ano letivo 2019/2020, foi realizada nova reunião com todos os contactos desenvolvidos e entidades parceiras para confirmar a colaboração dos mesmos no projeto de intervenção, tendo sido todas confirmadas.

Com o empenho de todos os referidos anteriormente, pretendeu-se que estes participassem no desenvolvimento do projeto desde a definição das intervenções a executar. Uma vez que, os educadores são quem melhor conhecem os hábitos das crianças, podem apoiar na definição das intervenções a executar e participarem, e como benefício aumentarem os seus conhecimentos sobre alimentação saudável. Também foi importante os representantes legais estarem presentes na sessão de educação preparada para os mesmos, permitindo troca de experiências através da partilha de informação entre eles, mestranda, enfermeira responsável pela SE da UCC, Educadora de Infância e auxiliares operacionais da Sala das Descobertas do JICSPSA (Mendes, 2019).

6.6. ANÁLISE DA ESTRATÉGIA ORÇAMENTAL

Nos quadros seguintes, é possível visualizar o orçamento do projeto, os recursos, a proveniências bem como o valor de cada material, no final é apresentado o valor total estimado para a elaboração do presente projeto.

Orçamento			
Recursos	Especificação	Proveniência	Valor
Equipamento informático	Impressora	Enfermeira mestranda	70€
	Telemóvel	JI	160€
	Coluna de som	JI	25€
	Televisão	JI	250€
	Pen Drive	Enfermeira mestranda	5€
	Computador	Enfermeira mestranda	800€
Material utilizado nas sessões didáticas	Placad da roda dos alimentos mediterrânea	Enfermeira mestranda	35€
	Modelos de alimentos em plástico	UCC	30€
	Modelos de alimentos em silicone	Enfermeira mestranda	2,50€
	Modelos de alimentos em papel	Enfermeira mestranda	20€
	Pinos (3)	JI	6€
	Recipientes vazios (5)	Enfermeira mestranda	12,50€
	Concha da sopa	Enfermeira mestranda	1€
	Emojis (3)	Enfermeira mestranda	3€
	Panela	Enfermeira mestranda	10€
	Camaroeiros (2)	Enfermeira mestranda	2€
	Jogos didáticos	Enfermeira mestranda	60€
	Vestido de Sabichão da Alimentação	Patrocinadora	40€
	Forno elétrico	Enfermeira mestranda	35€
	Fita distribuída no final do projeto	Patrocinador	40€
Material consumível	Impressão de alimentos	Enfermeira mestranda	40€
	Folhas A4	Enfermeira mestranda	20€
	Toners de Impressão	Enfermeira mestranda	70€
	Fita de velcro	Enfermeira mestranda	4€
	Cola (2)	Enfermeira mestranda	4€
	Cartolinas (3)	Enfermeira mestranda	3€
	Espelho	Enfermeira mestranda	15€
	Papel de forrar transparente	Enfermeira mestranda	3€
	Alimentos utilizados para confeção do pão	Patrocinador	20€

Orçamento			
Recursos	Especificação	Proveniência	Valor
Material consumível	Alimentos utilizados para a confeção da sopa	Enfermeira mestranda	20€
Combustível	Viatura da própria UCC	UCC	200€
Recursos humanos	Enfermagem	UCC	3000€
	Terapeuta de Intervenção precoce	UCC	150€
	Enfermeira responsável pela CPCJ	UCC	50€
Outros	Internet rede movel	Enfermeira mestranda	15€
	Elettricidade	JI	100€
Total do orçamento			5 321€

Quadro 15- Custos do projeto.

Fonte: Elaboração própria.

6.7. CUMPRIMENTO DO CRONOGRAMA DE ATIVIDADES

De acordo com Imperatori & Giraldes (1982), os cronogramas permitem criar uma perceção de todo o percurso do projeto de intervenção, da necessidade de duração das várias atividades e, na fase de execução, visualizar se deparamos com atividades a serem ou não executadas no tempo previsto ou se há atrasos ou avanços.

Foi elaborado e apresentado o cronograma das atividades previstas (Apêndice 38), sendo o mesmo constituído por uma descrição detalhada do projeto. Foram revistas e reformuladas as datas das atividades tendo em consideração o calendário letivo, o feedback das crianças nas primeiras sessões e por motivos pessoais.

Foram também elaborados planos de educação para a saúde com a descrição detalhada de cada atividade a realizar. As sessões eram marcadas presencialmente com a educadora do JI e a enfermeira tutora na semana anterior a sua realização.

6.8. COMUNICAÇÃO E DIVULGAÇÃO DO PROJETO

Como forma de divulgação do estudo desenvolvido, foi elaborado um artigo científico (Apêndice 39), o qual se pretende ver futuramente publicado numa revista científica.

Ainda como forma de divulgar e dar a conhecer o projeto este foi apresentado na página de Facebook da UCC.

7. ANÁLISE REFLEXIVA SOBRE O PROCESSO DE AVALIAÇÃO E CONTROLO

A Avaliação do planeamento em saúde apresenta um grau de importância elevado nos projetos de intervenção comunitária, uma vez que proporciona circunscrever os resultados das intervenções realizadas, sendo a última etapa do planeamento em saúde, possibilitando entender quer os insucessos, como os sucessos das ações desenvolvidas (Valido, 2018).

A avaliação do “processo de planeamento e decisão” permite constatar se são necessários ajustes para o alcance dos objetivos definidos, permitindo ainda a ampliação do projeto, a alteração dos objetivos inicialmente definidos ou a sua completa interrupção (Valido, 2018: 86).

7.1. AVALIAÇÃO DOS OBJETIVOS

Segundo Imperatori & Giraldes (1982: 127, 128), avaliar é:

sempre comparar algo com um padrão ou modelo e implica uma finalidade operativa que é corrigir. (...) constitui a etapa final ligando-se circularmente com a fase inicial do mesmo processo: a determinação do diagnóstico da situação (...) Assim, a finalidade da avaliação, é melhorar os programas orientar a distribuição dos recursos a partir das informações dadas pela experiência; não só justificar atividades já realizadas ou identificar insuficiências como frequentemente acontece.

O projeto “Plim Plão o Sabichão da Alimentação” foi, delineado com o objetivo geral de promover hábitos alimentares saudáveis nas crianças que frequentam um JI do concelho de Estremoz.

Para a concretização deste projeto foram desenvolvidas várias sessões de educação para a saúde, permitindo atingir metas estabelecidas para os objetivos específicos definidos.

Torna-se ainda importante referir que a avaliação do projeto será efetuada pelas enfermeiras da UCC, educadora de infância e auxiliares de ação educativa numa fase posterior.

7.2. DESCRIÇÃO DOS MOMENTOS DE AVALIAÇÃO INTERMEDIA E MEDIDAS CORRETIVAS INTRODUZIDAS

Sendo a avaliação a última etapa do Planeamento em Saúde, ela deve ser pertinente e precisa, para que se possa observar o sucesso ou insucesso do planeamento, dando-nos a oportunidade de melhorar os programas, direcionar a partilha dos recursos, fundamentar as atividades realizadas e verificar carências. Ou seja, esta etapa tem a finalidade de correção. Uma vez que todo o processo é transversal, da avaliação pode emergir um novo ciclo, que conduzirá a um novo diagnóstico, à reformulação de objetivos e metas, uma vez que permite o confronto entre objetivos e estratégias definidas no planeamento (Valido, 2018).

O projeto foi sujeito a uma avaliação sistemática através da avaliação de todas as atividades desenvolvidas. Para tal, foi utilizado o “diário de bordo”, que permitiu o registo de todas as atividades desenvolvidas e a descrição como as mesmas decorreram. O diário de bordo permitiu assim a “avaliação de forma sistemática e adequada das atividades e metodologias do projeto, para, na eventualidade de ser necessário, procedermos a alterações” (Caldeira, 2015:176) (Apêndice 30). Atrevo-me nesta fase a dizer que não foi necessária nenhuma alteração.

Seguidamente, são apresentados novamente os objetivos específicos e metas bem como os indicadores de avaliação para cada meta (Quadros: 16, 17, 18, 19 e 20).

Objetivo específico 1.1- Sensibilizar as crianças que do JICSPSA, para a importância dos benefícios de uma alimentação saudável	
Metas	Indicadores de Avaliação
1.1.1. Que 80% das crianças identifique pelo menos 3 princípios da alimentação saudável.	$(18/20) \times 100 \% = 90 \%$
1.1.2. Que 80% das crianças consiga separar pela cor dos cestos (vermelho, verde e amarelo), 8 alimentos saudáveis, 8 menos saudáveis e 8 que só deve ingerir em dias de festa	$(19/20) \times 100 \% = 95\%$
1.1.3. Que 80% das crianças, consigam nomear pelo menos 3 alimentos saudáveis e 3 menos saudáveis, através das atividades didáticas executadas	$(20/20) \times 100\% = 100\%$

Quadro 16- Metas e Indicadores de Avaliação para o objetivo específico 1.1.

Fonte: Elaboração própria

Objetivo específico 1.2- Promover o envolvimento/participação dos representantes legais, educadora de infância e auxiliares de ação educativa nas atividades planeadas durante a implementação do projeto	
Metas	Indicadores de Avaliação
1.2.1. Que 20% dos representantes legais, educadora de infância e auxiliares de ação educativa participem nas atividades planeadas durante a implementação do projeto	$(5/24) \times 100\% = 20,83\%$

Quadro 17- Metas e Indicadores de Avaliação para o objetivo específico 1.2.

Fonte: Elaboração própria

Objetivo específico 1.3- Aumentar em 60% o consumo de leguminosas (ervilhas, grãos e favas), nas crianças da sala do pré-escolar do JICSPSA, até junho de 2020	
Metas	Indicadores de Avaliação
1.3.1. Que 60% das crianças consiga identificar pelos menos 2 benefícios da ingestão de ervilhas, grãos e favas para uma alimentação saudável.	$(15/20) \times 100 = 75\%$
1.3.2. Que 60% das crianças consiga selecionar os alimentos de silicone e colar no espelho associando o emoji correspondente	$(18/20) \times 100\% = 90\%$
1.3.3. Que 60% das crianças consigam identificar 4 alimentos possíveis para confeccionar uma sopa	$(17/20) \times 100\% = 85\%$
1.3.4. Que 60% das crianças consiga colocar na respetiva cor do semáforo 2 alimentos correspondentes	$(18/20) \times 100\% = 90\%$

Quadro 18- Metas e Indicadores de Avaliação para o objetivo específico 1.3.

Fonte: Elaboração própria.

Objetivo específico 1.4- Diminuir a ingestão de cereais e derivados, (pão branco, pão de forma, massas, esparguete e macarrão, bolacha Maria® ou Torrada® e outras bolachas, biscoitos), em 30% das crianças do pré-escolar do JICSPSA, até junho de 2020	
Metas	Indicadores de Avaliação
1.4.1. Que 30% das crianças colabore na construção da roda da alimentação mediterrânica	$(20/20) \times 100\% = 100\%$
1.4.2. Que 30% das crianças consiga nomear 2 alimentos de cada grupo da roda dos alimentos	$(17/20) \times 100\% = 85\%$
1.4.3. Que 30% das crianças consiga nomear 2 vantagens do exercício físico para a saúde.	$(10/20) \times 100\% = 50\%$

Quadro 19- Metas e Indicadores de Avaliação para o objetivo específico 1.4.

Fonte: Elaboração própria.

Objetivo específico 1.5- Aumentar em 60% o consumo de cereais e derivados (pão integral, centeio e mistura), nas crianças da sala do pré-escolar do JICSPSA, até junho de 2020	
Metas	Indicadores de Avaliação
1.5.1. Que 60% das crianças consigam nomear pelo menos 2 ingredientes utilizados na confeção do pão.	$(18/20) \times 100\% = 90\%$

Quadro 20- Metas e Indicadores de Avaliação para o objetivo específico 1.5.

Fonte: Elaboração própria

Objetivo específico 1.6- Sensibilizar os representantes legais das crianças que frequentam a Sala das Descobertas do JICSPSA, para a importância dos benefícios de uma alimentação saudável até junho de 2020	
Metas	Indicadores de Avaliação
1.6.1. Que 50% dos representantes legais das crianças que frequentam a Sala das Descobertas do JICSPSA, participem na sessão de educação para a saúde: “Comer bem dá Saúde e faz crescer)	(18/20) x 100%= 90%
1.6.2. Que 90% dos representantes legais consigam nomear 3 benefícios para a saúde decorrentes de uma alimentação saudável	(19/20) x 100%= 95%

Quadro 21- Metas e Indicadores de Avaliação para o objetivo específico 1.6.

Fonte: Elaboração própria

Através da constatação evidente nos quadros anteriores, posso concluir que todas as metas estabelecidas e objetivos definidos foram alcançados.

A avaliação dos objetivos específicos e das respetivas metas, foram estudados durante as sessões de educação para a saúde, através de perguntas de grupo e individuais às crianças (Apêndice 41).

Durante as sessões de educação para a saúde, verificou-se que as crianças tinham várias ideias erradas em relação, por exemplo, à ingestão do pão de forma nos lanches e os cereais no pequeno almoço. Contudo, ao longo das sessões, foi possível elucidá-las de algumas das ideias erradas e reforçar ideias corretas sobre alimentação saudável.

Após as sessões de educação para a saúde, foi realizado um lanche saudável para as crianças, tendo contado, para o efeito, com o apoio de um patrocinador. As crianças adoraram a nossa presença, mais uma vez, e ficaram tristes por ser o final de uma fase do projeto. Contudo, a enfermeira responsável pela SE irá dar continuidade ao mesmo. Neste dia foi entregue uma pulseira a cada criança e funcionários como forma de agradecimento da participação neste estudo. Todos ficaram muito contentes e guardaram a sua pulseira para colocarem na pasta de trabalhos do ano letivo.

Durante a maioria das atividades executadas, foi por mim utilizado o fato da mascote do projeto. As crianças adoravam-no contudo, ficavam um pouco agitadas quando eu o vestia e perdiam a atenção, por isso usei-o só em algumas atividades.

Considero importante referir que a educadora de infância questionou junto da mestrande e da responsável pela SE sobre a viabilidade do projeto ser replicado noutra JI IPSS que não possui nenhuma atividade direcionada para esta temática. Esta situação resultou do interesse manifestado pelos pais das crianças de outros jardins de infância, os quais consideraram a pertinência do tema não só para as crianças como para os próprios pais.

No que se refere ao cumprimento do cronograma, foram necessárias efetuar algumas alterações, nomeadamente pela necessidade da data do período de alteração do meu estágio, como já referi anteriormente por motivos pessoais, houve abertura e disponibilidade quer pela professora orientadora quer pela enfermeira responsável pela SE, quer pela educadora de infância da JI, o que se revelou deves uma mais valia, pois permitiu-me executar todas as atividades planeadas.

8. ANÁLISE REFLEXIVA SOBRE A AQUISIÇÃO DE COMPETÊNCIAS DE MESTRE EM ENFERMAGEM E DE ENFERMEIRO ESPECIALISTA

Neste capítulo, à luz da literatura revista e da experiência obtida com a realização do projeto anteriormente referido, irei refletir sobre o processo de aquisição e mobilização de competências comuns do enfermeiro especialista, das competências do enfermeiro especialista em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública e das competências referentes à obtenção do Grau de Mestre, decorrentes da realização do Curso de Mestrado em Enfermagem.

Segundo o Regulamento nº 140/ 2019, 2ª série, nº26 de 6 de fevereiro de 2019, p. 4744 “os cuidados de enfermagem assumem hoje uma importância e exigência técnica e científica, sendo a diferenciação e a especialização, cada vez mais, uma realidade que abrange a generalidade dos profissionais de saúde”.

Ao nível da comunidade, os enfermeiros interagem com escolas, lares, centros de dia, bairros entre outras organizações, tendo como objetivo identificar dificuldades, planejar estratégias, e efetivar as ações focadas no cidadão, na família e comunidade (Stanhope & Lancaster, 1999).

Desta forma, para a especialidade em Enfermagem Comunitária e diante da necessidade de “cuidados de enfermagem especializados em áreas emergentes e diferenciadas, relativamente às quais se reconhece a imperatividade de especificar as competências de acordo com o alvo e contexto de intervenção” (OE, 2018:19354), é fundamental o desenvolvimento de competências nas áreas de enfermagem comunitária e de saúde pública e de enfermagem de saúde familiar.

A todos os enfermeiros especialistas, independentemente da sua área de especialidade, existem “Competências comuns” DL nº 140/2019, sessão II disposições gerais, conceitos, artigo nº3, p. 4745) que devem comprovar a sua elevada competência para a realização, gestão e supervisão de cuidados, não descurando o seu exercício profissional especializado.

O DL nº 140/2019, sessão II das competências, artigo nº4, p.4745), aborda as competências comuns a todos os enfermeiros especialistas:

As “competências comuns” revelam-se por,

competências partilhadas por todos os enfermeiros especialistas, independentemente da sua área de especialidade, demonstradas através da sua elevada capacidade de conceção, gestão e supervisão de cuidados e, ainda através de um suporte efetivo ao exercício profissional especializado no âmbito da formação, investigação e assessoria. (Regulamento das

competências comuns do enfermeiro especialista, regulamento nº 140/2019, de 6 fevereiro, capítulo I Secção II, artigo nº3, conceitos p.4745)

As Competências comuns ao Enfermeiro Especialista são: ***“Responsabilidade profissional, ética e legal; Melhoria contínua da qualidade; Gestão dos cuidados; Desenvolvimento das aprendizagens”*** (OE, 2019:4745).

Todo o trajeto percorrido para a concretização do Curso de Mestrado em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública foi primordial para a aquisição e mobilização de competências inerentes a cada um dos domínios referidos.

O desenvolvimento e a aquisição de todos conhecimentos durante o curso nas diferentes unidades curriculares, possibilitaram o desenvolvimento de competências elementares a todo o processo de formação.

Aquando da realização das unidades curriculares, dos estágios e a elaboração do projeto de intervenção comunitária, foram promotores do aperfeiçoamento de uma prática profissional e ética, onde estiveram constantemente presentes as normas legais, bem como os princípios éticos e deontológicos da profissão. Estes aspetos, foram demonstrados em todas as práticas e cuidados desenvolvidos na UCC, onde se incluiu o projeto de intervenção comunitária, no qual se verificou sempre presente a promoção e defesa dos direitos humanos, pelas responsabilidades profissionais, corretamente fundamentadas e submetidas a avaliações constantes. Todas as questões éticas desenvolvidas e inerentes ao desenvolvimento do projeto, bem como a garantia de segurança, privacidade e dignidade dos utentes recetores de cuidados, foram tidas em consideração, bem como no caso da ECCI.

No decorrer dos estágios, foi possível a participação na conceção e operacionalização de projetos e programas quer da unidade bem como institucionais, através da mobilização de conhecimentos e habilidades e do desempenho de um papel dinamizador no desenvolvimento e suporte das iniciativas estratégicas na área da governação clínica, tendo como fim último, a melhoria contínua da qualidade e garantia de um ambiente terapêutico e seguro, centrado na pessoa e no seu bem estar. O desenvolvimento desta competência, concretizou-se através da realização do projeto de intervenção, com a elaboração de um diagnóstico de situação, definição de prioridades, fixação de objetivos e metas, seleção de estratégias e processos de avaliação, que permitiram desenvolver intervenções tendo em consideração o conhecimento de determinantes individuais e contextuais, bem como a participação em projetos de intervenção com os utentes da ECCI, no que se refere à visita domiciliária, participação em reuniões da CPCJ, colaboração com a intervenção precoce,

colaboração com a equipa multidisciplinar, numa sessão de educação para a saúde sobre o “Alzheimer”, colaboração com a higienista oral na aplicação de flúor.

O aperfeiçoamento da gestão de cuidados através da melhoria da capacidade de tomada de decisão, foi uma constante durante todo o processo. A gestão dos cuidados foi fundamental para que o projeto decorresse conforme planeado. Ao longo de todo o projeto de intervenção, foram tidos em consideração todos os recursos materiais, físicos e humanos disponíveis, bem como o orçamento efetuado. Verificou-se a colaboração de todos os intervenientes e não houve problema ao nível da gestão dos cuidados.

O projeto foi centralizado nas crianças, contudo, promoveu-se o envolvimento dos pais, educadora de infância e auxiliares de ação educativa.

O desenvolvimento de aprendizagens profissionais, foi suportado pelos conhecimentos possuídos na área, contudo, pela minha realidade atual, cuidados hospitalares, senti-me motivada a realizar pesquisa bibliográfica para melhor desenvolver os meus conhecimentos na área da alimentação em idade pré-escolar, foi também para o efeito efetuada a partilha de conhecimentos com a equipa multidisciplinar, criando-se interesse e motivação para o desenvolvimento das aprendizagens.

Em suma, consideram-se alcançadas as competências comuns do enfermeiro especialista.

Competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem comunitária – Na área da enfermagem comunitária e de saúde pública

As “competências específicas” revelam-se por:

competências que decorrem das respostas humanas aos processos de vida e aos problemas de saúde e do campo de intervenção definido para cada área de especialidade, demonstradas através de um elevado grau de adequação dos cuidados às necessidades de saúde das pessoas. (Regulamento das competências comuns do enfermeiro especialista, regulamento nº 140/2019, de 6 fevereiro, capítulo I Secção II, artigo nº3, conceitos p.4745)

(Regulamento n.º 428/2018 de 16 de julho de 2018, do diário da república 2.ª série, artigo 2.º-anexo I, pp:19354-19357)

- Estabelece, com base na Metodologia do Planeamento da Saúde avaliação do estado de uma comunidade:
 - Procede à elaboração do diagnóstico de saúde de uma comunidade;
 - Estabelece as prioridades em saúde de uma comunidade;

- Formula objetivos e estratégias face à priorização das necessidades em saúde estabelecidas;
- Estabelece programas e projetos de intervenção com vista à resolução dos problemas identificados;
- Avalia programas e projetos de intervenção com vista à resolução dos problemas identificados.

O projeto “Plim Plão o Sabichão da Alimentação”, seguiu as etapas da Metodologia do Planeamento da Saúde, que, segundo Tavares (1990), é a perspetiva metodológica adequada para a obtenção de competências do enfermeiro especialista em enfermagem comunitária e de saúde pública.

Por forma a adquirir esta competência, aplicou-se um questionário aos representantes legais das crianças da sala do pré-escolar de um JI do conselho de Estremoz envolvidas no projeto, com o fim da obtenção de um diagnóstico de situação. Uma vez efetuada a análise dos resultados obtidos, identificaram-se os principais problemas e necessidades da população alvo, posteriormente foi elaborada a definição de prioridades e elaboração de intervenções, tendo por base as orientações do PNSE, o PNAS e o PNS revisto e extenso a 2020. Posteriormente, foram definidos os objetivos propostos, foram delineadas as intervenções e estratégias a executar, com vista à resolução dos problemas identificados. Foram estabelecidas parcerias com várias entidades, tendo como finalidade a possibilidade de variedade de intervenções, e o enriquecimento das mesmas, para que mais facilmente se obtivesse a eficácia das mesmas. Durante o processo de operacionalização do projeto, procedeu-se à avaliação e controlo do mesmo, através da avaliação de indicadores de atividade ou execução e dos indicadores de impacto ou resultado delineados, para se monitorizar a eficácia das intervenções realizadas e, sempre que necessário foram reformuladas.

- Contribui para o processo de capacitação de grupos e comunidades:
 - Lidera processos comunitários com vista à capacitação de grupos e comunidades na consecução de projetos de saúde e ao exercício da cidadania;
 - Integra nos processos de mobilização e participação comunitária, conhecimentos de diferentes disciplinas;
 - Procede à gestão da informação em saúde aos grupos e comunidade.

O desenvolvimento do projeto “Plim Plão o Sabichão da Alimentação”, permitiu liderar um processo comunitário através de uma intervenção contextualizada, dirigida a um grupo de crianças em idade pré-escolar, com o objetivo da adoção de comportamentos saudáveis no que se refere a hábitos alimentares. Assim, houve a necessidade da mobilização de conhecimentos de diferentes ciências, enfermagem, educação, comunicação, entre outras, bem como a orientação segundo o Modelo conceptual direcionado para a promoção da saúde.

Para a implementação deste projeto, foi crucial o estabelecimento da pareceria e de patrocínios de diferentes entidades, para se alcançarem as estratégias e medidas que minimizem os problemas identificados. Desenvolveram-se assim competências de gestão, liderança e de dinamizador, tendo-se direcionado todos os parceiros para um mesmo objetivo.

Nas atividades tentou-se envolver os representantes legais, a educadora de infância e as auxiliares de ação educativa.

- Integra a coordenação dos programas de saúde no âmbito comunitário e na consecução dos objetivos do Plano Nacional de Saúde.
 - Participa na coordenação, promoção implementação e monitorização das atividades constantes dos programas de saúde conducentes aos objetivos do plano nacional de saúde.

O PNS, revisto e extenso a 2020, possui como orientação os princípios da Estratégia 2020 da OMS para a Região europeia (DGS, 2015).

A Estratégia Health 2020, enfatiza o papel dos ambientes saudáveis e das comunidades resilientes na obtenção de ganhos em saúde e na redução das desigualdades em saúde. As ações a desenvolver devem considerar a relevância do ambiente para a saúde em geral e ao longo do ciclo de vida individual das famílias, bem como ambientes específicos, tendo em atenção fatores ambientais ou ocupacionais. (DGS, 2015, p.21)

O projeto “Plim Plão o Sabichão da alimentação” teve como pedra basilar o PNSE, o PNAS e o PNS revisto e extenso a 2020.

O estágio na UCC, permitiu a participação na coordenação dos diferentes programas de saúde que integram o PNS, abrangidos pela carteira de serviços da unidade, tais como o PNSE, Programa de Promoção de Saúde Oral, Programa Regional para a Promoção de Alimentação Saudável e Rede Nacional de Cuidados Integrados – ECCI.

- Realiza e coopera na vigilância epidemiológica de âmbito geodemográfico
 - Procede à vigilância epidemiológica dos fenómenos de saúde-doença que ocorrem numa determinada área geodemográfico.

“A vigilância epidemiológica constitui um importante instrumento para análise, compreensão e explicação dos fenómenos de saúde -doença” (OE, 2018:19357). A efetivação desta competência, conseguiu-se através da realização do diagnóstico de saúde, estruturou-se um diagnóstico epidemiológico de uma população no que se refere à problemática dos hábitos alimentares em idade pré-escolar, através da aplicação de instrumentos de recolha de dados. Efetuou-se a análise e interpretação dos dados recolhidos com recurso a técnicas estatísticas, tendo-se conseguido assim +perceber a amplitude do problema, bem como fatores associados ao mesmo, o que foi fundamental para a identificação de problemas, para a determinação de estratégias e para as intervenções a implementar.

O DL n.º63/2016 de 13 de setembro do Diário da República, 1.ª série capítulo III artigo 25, p.3174, regulamenta a atribuição de grau de mestre ao enfermeiro que:

- Possua conhecimento, capacidade de compreensão, obtidos ao nível do 1.º ciclo e assim os aprende e desenvolva;
- Saiba “aplicar os seus conhecimentos e a sua capacidade de compreensão e de resolução de problemas em situações novas e não familiares, em contextos alargados e multidisciplinares (...)”
- Evidencie “capacidade para integrar conhecimentos, lidar com situações complexas, desenvolver soluções ou emitir juízos em situações de informação limitada ou incompleta (...)”
- Consiga “comunicar as suas conclusões e os conhecimentos e raciocínios a ela subjacentes, quer a especialistas, quer a não especialistas, de uma forma clara e sem ambiguidades”
- Revele “competências que lhes permitam uma aprendizagem ao longo da vida, de um modo fundamentalmente auto-orientado ou autónomo”

CONCLUSÃO

A educação para a saúde é basilar nas escolas do Séc. XXI. As crianças de hoje serão os cidadãos ativos de uma sociedade de amanhã. Deste modo, a intervenção precoce na área da saúde, nomeadamente, na saúde alimentar é crucial para a promoção de conhecimentos essenciais de bons hábitos alimentares, que devem começar logo desde a infância.

O excesso de peso, hábitos de vida sedentários e uma alimentação desajustada em idade infantil são fatores que preocupam a sociedade em geral. Tendo em conta que estas se traduzem em consequências físicas e emocionais que podem acompanhar a criança ao longo da sua vida e trazer diversos obstáculos ao seu quotidiano, não só de saúde (física, emocional) como também de ordem social.

Tanto em Portugal como noutros países da Europa, o tema da alimentação tem sido debatido, tendo-se levantado várias questões face a este tema, sendo o sedentarismo e a obesidade infantil alvo de políticas públicas, traçando-se metas através da criação de planos nacionais de prevenção à obesidade e de promoção de hábitos alimentares saudáveis. A Escola tem, desta forma, um papel importante na criação de métodos e ferramentas basilares à uma aprendizagem sólida na área da saúde alimentar. Proclama-se assim uma Escola promotora de saúde que eduque as crianças e seus tutores a desenvolver bons hábitos alimentares que proporcionem saberes fundamentais, ao longo da vida. A intervenção da saúde, através da saúde escolar, é crucial para a promoção de conhecimentos aprofundados e de bons hábitos alimentares desde a infância.

Dada a importância e urgência de começar a agir logo desde cedo na promoção de hábitos de vida saudáveis, o nosso estudo tem como população alvo crianças do jardim de infância. Nesta faixa etária, as crianças passam grande parte do seu dia fora do seu ambiente familiar, onde desenvolvem inúmeras aprendizagens fundamentais ao seu desenvolvimento global. Uma intervenção precoce junto de crianças de jardim de infância é fundamental para que se desenvolva, de forma saudável e participativa, bons hábitos e se consciencialize a população em geral no que diz respeito aos ganhos de saúde individual e, consequentemente, comunitária. Trata-se assim de uma intervenção precoce face ao combate ao excesso de peso, à obesidade, ao sedentarismo, tentando promover estratégias que ajudem as nossas crianças a desenvolver, desde cedo um melhor estilo de vida. Assim, poderão tornar-se jovens e adultos conscientes das repercussões positivas que um

estilo de vida saudável terá não só a nível físico, reduzindo a probabilidade de desenvolver determinadas doenças, como também a nível emocional e social.

A elaboração do presente trabalho propõe-se dar resposta a uma necessidade em saúde que foi identificada pela evidência científica e pela experiência profissional, ao mesmo tempo que tenta contribuir para uma melhor qualidade de cuidados no âmbito da promoção da saúde, o que fortalece os conhecimentos de todos os envolvidos (criança, família, escola, comunidade). Destaca-se assim a importância do trabalho de parceria e estreita colaboração entre os profissionais de educação, os profissionais de saúde e os representantes legais.

Para a realização do estudo, foram seguidas as etapas da Metodologia do Planeamento da Saúde, definindo-se um conjunto de objetivos a atingir, para os quais foram desenvolvidas atividades e selecionadas estratégias de ação, bem como formas de monitorização e de avaliação do plano. Para além de todo o trabalho desenvolvido no terreno, durante o período de estágio, os objetivos do projeto serão novamente avaliados pela enfermeira de saúde escolar da UCC de Estremoz, de modo a ter uma avaliação mais rigorosa do impacto do projeto na promoção de hábitos alimentares saudáveis nas crianças do pré-escolar do JICSPSA de Estremoz.

De realçar que, durante o desenvolvimento de todo o projeto, os representantes legais demonstram ter uma atitude de abertura ao tema, revelando interesse e receptividade, destacando a participação mais proactiva de duas mães. O projeto acabou por envolver e mobilizar os pais o que foi bastante proveitoso.

Com este estudo foi possível caracterizar a frequência e os hábitos alimentares das crianças, identificando as necessidades de intervenção no âmbito de hábitos alimentares saudáveis, através da verificação da existência de um comportamento alimentar infantil comprometido, demonstrado por vários elementos, designadamente, um padrão alimentar diminuído no consumo diário e variedade reduzida de leguminosas: com reduzida ingestão de ervilhas, grão e favas; padrão alimentar diminuído no consumo diário e variedade reduzida de cereais e derivados: através da reduzida ingestão de pão integral, centeio e mistura; padrão alimentar elevado no consumo diário de cereais e derivados através da ingestão elevada de pão branco, pão de forma, massas, esparguete e macarrão; padrão alimentar elevado no consumo diário de cereais e derivados através da ingestão elevada de Bolacha Maria ou Torrada e outras bolachas e biscoitos.

De referir que se trata de uma amostra com bons princípios alimentares que se preocupa com a alimentação, não possui problemas de desajuste alimentar e que foi demonstrando, ao longo de todo o processo, evolução na aprendizagem face ao tema. Contudo, tornou-se evidente a

importância de continuar a definir estratégias de intervenção, no âmbito de uma aprendizagem constante e gradual de hábitos alimentares e estilos de vida saudáveis.

No entanto, este estudo apresenta algumas limitações, nomeadamente o tamanho reduzido amostra, que não nos permite generalizar os dados recolhidos e que nos traduzem apenas a realidade desta população em particular. Outra limitação do estudo deve-se ao facto de o cronograma inicial não ter sido cumprido por motivos de saúde da investigadora, o qual foi alargado e concluído um mês mais tarde que o previsto.

Quanto a futuras investigações, conclui-se que seria pertinente replicar o estudo noutros contextos, nomeadamente outros jardins de infância, que tenham outros padrões determinantes (económicos, sociais, familiares, culturais), bem como noutras faixas etárias. Embora a infância seja uma idade determinante na aprendizagem de bons hábitos alimentares, por vezes, por diversos fatores, a adolescência também é uma fase importante de promoção de estilos de vida saudáveis.

O percurso percorrido ao longo deste ano, desde o desenhar do projeto, ao desenvolvimento de cada etapa do plano, das atividades realizadas e da partilha de saberes e conhecimentos com todos os envolvidos, revelou-se um contributo importante para o meu crescimento pessoal e profissional. É importante denotar que eu atualmente exerço funções em meio hospitalar e a mudança radical para a prestação de cuidados a crianças foi uma experiência muito enriquecedora. Considero que desenvolvi no meu interior maior interesse pelo âmbito da SE. Assim, o presente documento também representa uma reflexão crítica de todo o trabalho desenvolvido, sustentada por uma revisão de literatura que contribuiu para uma visão mais alargada do tema estudado. A realização do presente relatório permitiu assim a aquisição e mobilização de competências essenciais ao desempenho de enfermeiro especialista em enfermagem comunitária. De referir que, parte essencial desta aprendizagem advém também do trabalho de equipa desenvolvido entre a investigadora e todos os envolvidos no projeto, que proporcionaram momentos de partilha de experiências e saberes, fundamentais à aquisição de competências fundamentais.

Em suma, se todos nós formos intervenientes pedagógicos ativos, para o desenvolvimento da saúde infantil, com toda a certeza iremos proporcionar-lhes estímulos, conforto, momentos de aprendizagem notáveis e valiosos, que lhes irão permitir tomar decisões conscientes e ajustadas na fase da vida adulta.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1ª Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde. (1986). *Carta de Ottawa*. Disponível em: <https://www.dgs.pt/documentos-e-publicacoes/carta-de-otawa-pdf1.aspx>
- Almeida I., Corte A., Rato C., Silvestre A., Grande M., Gil G. & Martins C. (2005). Modelo de Intervenção em Saúde Pré-escolar. Logos. *Revista do Serviço de Psiquiatria do Hospital Fernando Fonseca*, 2 (2), 33-55. Disponível em: <https://revistas.rcaap.pt/psilogos/article/view/6053>.
- Almeida, M., & Afonso, C. (1997). *Princípios básicos de alimentação e nutrição*. Lisboa: Universidade Aberta.
- Aparício, G. (2010). Ajudar a desenvolver hábitos alimentares saudáveis na infância. *Centro de Estudos em Educação, Tecnologias e Saúde* (pp. 283-297). Helsínquia. Disponível em: <http://www.ipv.pt/millennium/Millennium38/19.pdf>.
- Associação Médica Mundial. (2013). *Declaração de Helsínquia. Princípios Éticos para a Investigação Médica em Seres Humanos*. Helsínquia: Associação Médica Mundial. Disponível em: <http://ispup.up.pt/docs/declaracao-de-helsinquia.pdf>.
- Associação Portuguesa dos Nutricionistas. (2011). *Alimentação adequada! Faça mais pela sua saúde!* (pp. 1-23). Porto. Disponível em: <https://www.apn.org.pt/documentos/ebooks/AlimentacaoAdequada.pdf>
- Baptista, A.M.F.M. (2015). *A Importância da educação alimentar em idade do pré-escolar*. Relatório apresentado para a obtenção do grau de Mestre em Educação Pré-Escolar. Lisboa: Escola Superior de Educadores de Infância Maria Ulrich. Disponível em: <https://comum.rcaap.pt/handle/10400.26/12304>.

- Caldeira, V. C. E., (2015). Promoção da Saúde e desenvolvimento dos adolescentes: a Educação Sexual em Contexto Escolar. Tese de doutoramento para obtenção do grau de doutor em Enfermagem. Lisboa.
- Campos, M. (2017). *Promoção de hábitos alimentares saudáveis na educação pré-escolar – uma estratégia de intervenção contextualizada e dirigida*. Relatório Final da Prática de Ensino Supervisionada, Mestrado em Educação Pré-Escolar. Portalegre: Escola Superior de Educação e Ciências Sociais do Instituto Politécnico de Portalegre. Disponível em: https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/19169/1/Dissertação_Maria%20Campos_Final.pdf
- Candeias, V., Nunes, E., Morais, C., Cabral, M. & Silva, P.R. (2005). *Princípios para uma alimentação Saudável* (pp 1-31). Lisboa: Direção Geral da Saúde. Disponível em: <https://www.dgs.pt/documentos-e-publicacoes/principios-para-uma-alimentacao-saudavel-pdf.aspx>
- Cardoso, B. R. F. (2014). *Viver e comer bem dos 3 aos 5 – caraterização das crianças do jardim de infância da Biquinha*. Dissertação académica apresentada no âmbito do Curso de Mestrado em Enfermagem de saúde Infantil e Pediátrica da Escola Superior de Enfermagem do Porto. Porto: Escola Superior de Enfermagem do Porto. Disponível em: <https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/9500/1/Dissertacao%20Bianca%20Cardoso%20ep4529.pdf>.
- Carta de Ottawa (1986). Carta de Ottawa para a Promoção da Saúde, 1.^a Conferência Internacional sobre a Promoção da Saúde, Ottawa, Canadá, 17 a 21 de novembro de 1986. Acedido em 12 de abril de 2018. Disponível em: http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cartas_promocao.pdf
- Centro Social e Paroquial de Santo André Estremoz. (2019). Valorizar quem precisa! Centro Social e Paroquial de Santo André – Estremoz. In design: mcriativo.pt. Disponível em: <https://cspsa-etz.pt/>
- Conselho Local Ação Social de Estremoz. (2019-2022). *Diagnóstico Social*.
- Cordeiro, M. (2014). *O Livro da criança*. Lisboa: A Esfera dos Livros.

- Declaração de Jacarta (1997). Declaração de Jakarta, 4.^a Conferência Internacional sobre a Promoção da Saúde, Jacarta, República da Indonésia, 21 a 25 de julho de 1997. Disponível: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cartas_promocao.pdf
- Declaração de Adelaide (1988). Declaração de Adelaide, 2.^a Conferência Internacional sobre a Promoção da Saúde, Adelaide, Austrália, 5 a 9 de abril de 1988. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cartas_promocao.pdf
- Declaração de Alma Ata (1978). Conferência Internacional sobre cuidados primários de saúde. Alma-Ata. Disponível em: <http://cmdss2011.org/site/wp-content/uploads/2011/07/Declaração-Alma-Ata.pdf>
- Decreto-Lei n.º 05/1997 de 10 de fevereiro (1997). Diário da república, 1.^a série — N.º 34 capítulo II, artigo 2.º (10 de fevereiro de 1997), pp.670
- Decreto-Lei n.º 05/1997 de 10 de fevereiro (1997). Diário da república, 1.^a série — N.º 34 capítulo II, artigo 3.º (10 de fevereiro de 1997), pp.670-671
- Decreto-Lei n.º 05/1997 de 10 de fevereiro (1997). Diário da república, 1.^a série — N.º 34 capítulo II, artigo 5.º (10 de fevereiro de 1997), p.671
- Decreto-Lei n.º 05/1997 de 10 de fevereiro (1997). Diário da república, 1.^a série — N.º 34 capítulo II, artigo 10.º (10 de fevereiro de 1997), p.671
- Decreto-Lei n.º 28/2008 de 22 de fevereiro (2008). Diário da república, 1.^a série — N.º 38 (22 de fevereiro de 2008), pp. 1182-1189.
- Direção Geral da Saúde [DGS] (2015) - Plano Nacional de Saúde - Revisão e Extensão a 2020. Lisboa: Direção Geral de Saúde. Acedido em 11 de janeiro de 2018. Disponível em: pns.dgs.pt/files/2015/06/Plano-Nacional-de-Saude-Revisao-e-Extensao-a-2020.pdf

- Direção-Geral da Saúde. (2013). *Norma nº 010/2013: Programa nacional de saúde infantil e juvenil* (pp. 1-121). Lisboa: Direção-Geral de Saúde. Disponível em: <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/norma-n-0102013-de-31052013.aspx>
- Direção-Geral da Saúde. (2015). *Norma nº 015/2015: Programa nacional de saúde escolar 2015* (pp. 1-110). Lisboa: Direção Geral de Saúde. Disponível em: <https://observatorio-lisboa.eapn.pt/ficheiro/Programa-Nacional-de-Saude-Escolar-2015.pdf>
- Direção-Geral do Consumidor. (2013). *Alimentação em Idade escolar: um guia prático para educadores* (pp. 1-35). Lisboa: Direção-Geral do Consumidor e Associação Portuguesa de Nutricionistas. Disponível em: https://www.apn.org.pt/documentos/guias/GuiaAPN_AlimentacaoIdadeEscolar.pdf
- Fernandes, C.R.L. (2010). *Consumo de fruta e hortícolas numa amostra de crianças do ensino pré-escolar, fatores sociodemográficos, familiares e comportamentais*. Trabalho de Investigação no âmbito da Licenciatura em Ciências da Nutrição. Porto: Faculdade de Ciências da Nutrição e Alimentação da Universidade do Porto. Disponível em: <https://repositorio-aberto.up.pt/handle/10216/54580>
- Fortin, M. (1999) O processo de Investigação, Da conceção à realização. 1.^a ed., Loures: Lusociência.
- Graça, P. & Gregório, M. (2015). Estratégia para a promoção da alimentação saudável em Portugal. *Revista Portugal Saúde em Números (Revista da Direcção-Geral de Saúde)*, Nº 4, 37-41. Disponível em: https://www.alimentacaosaudavel.dgs.pt/activeapp/wp-content/files_mf/1445615271Artigosau_deemnu_meros.pdf
- Imperatori, E., & Giraldes, M. d. (1983). Metodologia do planeamento da Saúde: Manual para uso em serviços centrais, regionais e locais. 2.^a ed., Lisboa: Obras avulsas.
- Instituto do Consumidor. (2004). *Guia: nutrientes, aditivos e alimentos* (pp. 1-50). Lisboa: Instituto do Consumidor. Disponível em: http://www.iasaude.pt/attachments/article/1546/Guia_nutrientes_aditivos_alimentos.pdf

- Instituto Nacional de Estatística. (2019). *Região Alentejo em números – 2017* (pp. 1-59). Lisboa: Instituto Nacional de Estatística. Lisboa. Disponível em: https://www.ine.pt/ine_novidades/RN2017/alentejo/
- Intervenção em Saúde Pré-escolar. Logos. *Revista do Serviço de Psiquiatria do Hospital Fernando Fonseca*, 2 (2), 33-55. Disponível em: <https://revistas.rcaap.pt/psilogos/article/view/6053>.
- Jorge, R. (2018). Promoção de hábitos alimentares saudáveis nas crianças em idade pré-escolar: Uma intervenção contextualizada. “Alimentação equilibrada é a escolha adequada”. Relatório de estágio para obtenção de grau de mestre. Évora.
- Loureiro, I. & Miranda, N. (2010). Promover a saúde: dos fundamentos à ação. 2ª edição. Coimbra: Almedina.
- Loureiro, I., (2004). A importância da educação alimentar: o papel das escolas promotoras de saúde pública. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*. Vol. n.º 22 (2). Disponível em: <https://run.unl.pt/bitstream/10362/16986/1/RUN%20-%20RPSP%20-%202004%20-%20v22n2a04%20-%20p.43-55.pdf>
- Lourenço, M., Santos, C. & Carmo, I. do (2014). Estado nutricional e hábitos alimentares em crianças de idade pré-escolar. *Revista de Enfermagem Referência*. Série IV, (1), 7-14. Disponível em: <http://www.scielo.mec.pt/pdf/ref/vserIVn1/serIVn1a02.pdf>
- Martins, R. C. (2016). *O comportamento alimentar e hábitos alimentares da criança em idade pré-escolar: relação com as estratégias parentais*. Dissertação apresentada no âmbito do Mestrado Integrado em Psicologia, Secção de Psicologia Clínica e da Saúde, Núcleo de Psicologia da Saúde e da Doença. Lisboa: Faculdade de Psicologia da Universidade de Lisboa. Disponível em: <https://repositorio.ul.pt/handle/10451/27693>
- Mendes, T.M.B.A.P. (2018). *Estilos de vida, alimentação, sono, prática desportiva e competência motora no 1.º Ciclo do Ensino Básico (1.º CEB)*. Dissertação de Mestrado em Jogo e Motricidade na Infância, apresentada ao Departamento de Educação da Escola Superior de

Educação de Coimbra. Coimbra: Escola Superior de Educação de Coimbra. Disponível em: <https://comum.rcaap.pt/handle/10400.26/28095>

Mira, A.R. (2006). *Sobrepeso Infantil e fatores de risco associados em crianças do pré-escolar*. Porto: Faculdade de Ciências da Nutrição e Alimentação da Universidade do Porto. Disponível em: <https://repositorio-aberto.up.pt/handle/10216/54652>

Mendes, S. (2019). Promoção da alimentação saudável em ambiente escolar. Crescer forte, Saudável e feliz. Relatório de estágio. Setúbal.

Nunes, E. & Breda, J. (2001). *Manual para uma alimentação saudável em jardins de infância*. Lisboa: Direção Geral da Saúde e Ministério da educação. Disponível em: <https://www.dgs.pt/documentos-e-publicacoes/manual-para-uma-alimentacao-saudavel-em-jardins-de-infancia.aspx>

Ordem dos Enfermeiros (2013). Parecer N.º 14/2013 - *Programa nacional de saúde escolar (PNSE)* (pp. 1-5). Lisboa: Mesa do Colégio da Especialidade de Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica. Disponível em: https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/documentos/Documents/MCEESIP_Parecer_14_2013_Plano_de_Saúde_Escolar.pdf

Ordem dos enfermeiros, Decreto lei nº 28/2008. Maio de 2008. Lisboa.

Pataco, J.S.F. (2013). *Estudo da relação entre temperamento, neofobia alimentar e preferências alimentares em crianças pré-escolares*. Dissertação apresentada no âmbito do Mestrado Integrado em Psicologia, Secção de Psicologia Clínica e da Saúde, Núcleo de Psicologia da Saúde e da Doença. Lisboa: Faculdade de Psicologia da Universidade de Lisboa. Disponível em: <https://repositorio.ul.pt/handle/10451/9486>

Pender, N., Murdaugh, C., & Parsons, M. (2011). *Health Promotion in Nursing Practice* (6ª ed.). New Jersey: Pearson Education.

- Pereira, P. & Lopes, L. (2012) - Obesidade Infantil: Estudo em Crianças num ATL Revista *Millenium*, 42 (janeiro/junho), 105-125
- Piaget, J. (1964). *Seis Estudos de Psicologia*. Rio de Janeiro, Brazil: Forense.
- Pinto, L.P. (2017). *Conhecimento dos pais sobre alimentação infantil: relação com as características sociodemográficas e estado nutricional da criança*. Viseu: Escola Superior de Saúde de Viseu do Instituto Politécnico de Viseu. Disponível em: <http://repositorio.ipv.pt/handle/10400.19/4123>
- Quivy, R. & Campenhoudt, L. Van. (1992). *Manual de investigação em ciências sociais*. Lisboa: Gradiva.
- Ribeiro, A. (2015). *Impacto da educação alimentar em crianças do ensino pré-escolar: o caso dos jardins de infância do agrupamento de escolas de Alcochete*. Dissertação apresentada no âmbito do Mestrado em Ciências do Consumo Alimentar. Lisboa: Universidade Aberta. Disponível em: <https://repositorioaberto.uab.pt/handle/10400.2/4415>
- Rito, A. (2004). *Estado nutricional das crianças e oferta alimentar do pré-escolar do município de Coimbra, Portugal, 2001*. Tese de Doutoramento apresentada na Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca da Fundação Oswaldo Cruz. Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca da Fundação Oswaldo Cruz, Ministério da Saúde. Disponível em: <https://www.arca.fiocruz.br/bitstream/icict/4405/2/206.pdf>
- Rito, A. (2007). *Questionário de frequência alimentar e hábitos saudáveis, dirigido a crianças dos 3 aos 7 anos*. Plataforma contra a Obesidade. Lisboa: Direção-Geral da Saúde.
- Rocha, A., Capela, A., Grilo, C., Almeida, C., Valente, G. & Coimbra, J. (2013). Evolução da saúde escolar em Portugal: Revisão da legislação no âmbito da saúde. *Millenium - Journal of Education, Technologies, and Health*, 45 (18), 193-210. Disponível em: <https://revistas.rcaap.pt/millenium/article/view/8162>

- Rossi, A., Moreira, E. A. M., & Raune, M. S. (2008). Determinantes do comportamento alimentar: uma revisão com enfoque na família. *Revista de Nutrição. Campinas*, 21 (6), 739-748. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rn/v21n6/a12v21n6.pdf>
- Santos, B., Silva, C. & Pinto, E. (2018). Importância da escola na educação alimentar em crianças do primeiro ciclo do ensino básico – como ser mais eficaz. *Ata Portuguesa de Nutrição*, 14, 18-23. Disponível em: <http://www.scielo.mec.pt/pdf/apn/n14/n14a04.pdf>
- Santos, M.B.G. & Precioso, J.A.G. (2012). *Educação Alimentar na escola: avaliação de uma intervenção pedagógica dirigida a alunos do 8º ano de escolaridade*. Lisboa: Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge. Disponível em: <https://repositorium.sdum.uminho.pt/handle/1822/2634>
- Tavares, A. (1990). *Métodos e Técnicas de Planeamento da Saúde*. Cadernos de Formação 2. Lisboa: Ministério da Saúde.
- Valido, S., (2018). Prevenção da violência sobre o idoso institucionalizado no concelho de Évora. Relatório de estágio para obtenção de grau de mestre. Évora
- Viana, V., Santos, P. & Guimarães, M. (2008). Comportamento e hábitos alimentares em crianças e jovens: uma revisão da literatura. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 9 (2), 209-231. Disponível em: <https://www.scielo.mec.pt/pdf/psd/v9n2/v9n2a03.pdf>
- Vieira, M., Gaspar, S., Galante, R., & Nóbrega, T. (2018). *Promoção da saúde em contexto escolar. Análise crítica de um artigo*. Trabalho apresentado no âmbito da unidade curricular Promoção da Saúde, do 7º curso de mestrado em Enfermagem Comunitária da Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Santarém. Santarém: Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Santarém. Disponível em: <https://repositorio.ipsantarem.pt/handle/10400.15/2309?locale=en>



Vitor, J., Lopes, M., Ximenes, L.,(2005). Análise do Diagrama do modelo de promoção da saúde de Nola J. Pender. Ata Paulista em Enfermagem. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/ape/v18n3/a02v18n3.pdf>

Wong, D. (1999). Whaley & Wong: Enfermagem Pediátrica, Elementos Essenciais à Intervenção Efetiva (5ª edição). Rio de Janeiro: Guanabara Koogan.

ANEXOS

Anexo 1- Parecer da Comissão de Ética da ARS Alentejo

EXT-ARSA/2019/10422
02-08-2019

O CONSELHO DIRETIVO S.E.

O Presidente: José Marques Robalo

O Vogal: José António Martinho Lopes

A Vogal: Paula Ribeiro Marques

INFORMAÇÃO 20/INFCE/2019

01.08.2019
(Processo 25/CE/2019)
(Parecer favorável condicionado 09/2019/CE – 18.06.2019)

Sobre o estudo «*Promoção de Hábitos Alimentares Saudáveis nas Crianças em Idade Pré-Escolar*»

A Comissão de Ética (CE) da Administração Regional de Saúde do Alentejo (ARSA I.P.), com base no pedido formulado a esta CE em 12.06.2019, deu início ao **Processo 25/CE/2019** sobre o projeto “*Promoção de Hábitos Alimentares Saudáveis nas Crianças em Idade Pré-Escolar*” de Laura Filipa Ramalho Duarte, enfermeira a frequentar o 3.º Curso de Mestrado em Enfermagem em Associação na Área de Especialização em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública, desenvolvido pelas instituições, Escola Superior de Enfermagem São João de Deus de Évora, Escola Superior de Saúde de Setúbal, Escola Superior de Saúde de Beja, Escola Superior de Saúde de Portalegre e a Escola Superior de Saúde Dr. Lopes Dias em Castelo Branco, encontra-se a desenvolver um estágio, na Unidade de Cuidados na Comunidade de Estremoz, no âmbito da Saúde Escolar, sob a orientação da Enfermeira Especialista em Enfermagem Comunitária Cármen Cristina Costa Pereira e da Professora Doutora Ermelinda do Carmo Valente Caldeira.....

Em 18.06.2019 foi deliberado por unanimidade emitir o Parecer 09/2019/CE, favorável à realização do estudo, mas condicionado à alíneas:.....

B.3. Entrega a esta CE da Declaração de acordo com o Documento Guia / Documentos Anexos desta Comissão, assinada, pelo Diretor do JICSPSA sobre as condições logísticas e humanas que assegurem a realização da investigação em condições éticas adequadas. Foi entregue a esta CE a declaração assinada do Presidente do Jardim de Infância em documento elaborado pela Instituição acima indicada em 05.07.2019. Deste modo esta Comissão considera que esta condição está satisfeita.....

B.4. Entrega a esta CE de uma declaração autorização ou de uma justificação de uma eventual dispensa de autorização para a realização deste estudo, por parte da DRE/Diretor do Agrupamento de Escolas. Foi entregue a esta CE a o documento dos

Processo 25/2019/CES - Informação 20/INFCE/2019

e-mail trocados entre a investigadora e a DGE em 05.07.2019 onde se encontra expresso no e-mail de 2 de julho: *alinea a) (...) os órgãos de gestão pedagógica e educativa (a Direcção, o Conselho Pedagógico e o Conselho Geral) melhor decidirão sobre a aprovação da realização das actividades previstas (...); alinea b) (...) a DGE não é competente para autorizar a realização de estudos/aplicação de inquéritos ou outros instrumentos em estabelecimentos de ensino privados. (...).....*

Deste modo esta Comissão considera que esta condição está satisfeita.....

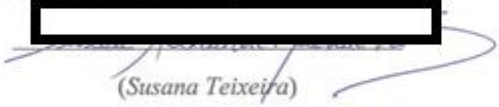
B.5. Esta CE considera necessário a inclusão no modelo de Consentimento Informado, Livre e Esclarecido a menção de que os recursos utilizados e as despesas decorrentes da implementação do projeto ficarão a cargo do investigador. No Modelo de Consentimento Informado, deverá estar indicado quem é o Representante Legal do participante e de que forma foi confirmado. Deverá o investigador fazer chegar a esta Comissão este Documento com a alteração sugerida antes do início da colheita de dados. Foi entregue a esta CE a o protocolo com a alteração referida em 23.06.2019 e, deste modo, considera-se estar satisfeita a condição enunciada.....

B.6. No projeto do estudo a referência relativa ao questionário original consultado (Rito, A., 2007) não se encontra na listagem das referências. A referência deverá ser corretamente introduzida, incluindo a respetiva data de acesso ao documento e o *link* da internet onde foi acedido. Foi entregue a esta CE a o protocolo com a alteração referida em 23.06.2019 e, deste modo, considera-se estar satisfeita a condição enunciada

Foi deliberado por unanimidade emitir a **Informação 20/INFCE/2019**

Aprovado em reunião do dia 01 de Agosto de 2019, por unanimidade.

A Presidente da Comissão de Ética para a Saúde da ARS Alentejo


(Susana Teixeira)

APÊNDICES

APÊNDICE 1- Solicitação de autorização à coordenadora da UCC



Exma. Sr.ª Coordenadora da Unidade de Cuidados na Comunidade de Estremoz
Enfermeira Especialista Carla Calça

Eu, Laura Filipa Ramalho Duarte, enfermeira e aluna do Curso de Mestrado em Enfermagem em Associação na área de especialização em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública, desenvolvido pelas instituições, Escola Superior de Enfermagem São João de Deus de Évora, Escola Superior de Saúde de Setúbal, Escola Superior de Saúde de Beja, Escola Superior de Saúde de Portalegre e a Escola Superior de Saúde Dr. Lopes Dias em Castelo Branco, encontro-me a desenvolver um estágio, na Unidade de Cuidados na Comunidade de Estremoz, sob a orientação da Enfermeira Especialista em Enfermagem Comunitária Carmen Pereira e da Professora Doutora Ermelinda do Carmo Valente Caldeira.

No âmbito do estágio, designado de estágio I, pretendo desenvolver um projeto de intervenção na comunidade, no sentido de dar resposta aos objetivos do estágio, que são identificar os determinantes que condicionam a saúde da comunidade, identificar as necessidades de saúde e realizar o diagnóstico de saúde dessa comunidade.

Venho por este meio requerer a V. Exa. autorização para a realização do referido projeto na Unidade de Cuidados na Comunidade de Estremoz no âmbito da Saúde Escolar, o qual será desenvolvido no Jardim de Infância do Centro Social Paroquial de Santo André (JICSPSA) - Instituição Particular de Solidariedade Social (IPSS).

O projeto incide sobre a promoção de hábitos alimentares saudáveis nas crianças da sala pré-escolar do JICSPSA.

Para o desenvolvimento do projeto será seguida a metodologia de projeto seguindo as fases do planeamento em saúde, nomeadamente, diagnóstico de situação, planeamento, implementação e avaliação.

Visando a colheita de dados suscetível de fornecer a informação necessária para a consecução do projeto, nomeadamente a realização do diagnóstico de situação relativamente aos hábitos alimentares dos alunos, pretende-se utilizar como instrumento de colheita de dados o questionário - Questionário de frequência alimentar e hábitos saudáveis, dirigido a crianças dos 3 aos 7 anos (Rito, A., Plataforma contra a Obesidade, DGS, 2007) que será preenchido pelos pais/encarregados de educação.

Para a aplicação do instrumento de colheita de dados no JICSPSA-IPSS, questionou-se por escrito a autora do questionário (Dra. Ana Rito) relativamente aos procedimentos para autorização da aplicação do inquérito em meio escolar, tendo a autora consentido.

Pretende-se posteriormente num segundo estágio, promover hábitos de alimentação saudável nas crianças da sala pré-escolar do JICSPSA, através do planeamento, implementação e avaliação de um projeto de intervenção em saúde, dando continuidade à metodologia do planeamento em saúde.

Ressalvo que toda a informação recolhida é estritamente confidencial e que para o efeito será solicitada autorização individual a cada participante no projeto, através do preenchimento do consentimento informado.

Agradeço desde já a atenção dispensada a este pedido de colaboração, ficando desde já ao dispor para qualquer esclarecimento.

Com os melhores Cumprimentos

Atenciosamente


(Laura Filipa Ramalho Duarte)

Évora, 04 de junho de 2019

Laura Duarte
Mail - Lfduarte5@hotmail.com
Telemóvel - 969428626

APÊNDICE 2- Solicitação de autorização ao presidente de JICSPSA

De: csandre [REDACTED] >

Enviado: sexta-feira, 31 de maio de 2019 14:41

Para: Carmen [REDACTED]

Cc: Ines Polme; Carla Calca; lfduarte [REDACTED]

Assunto: Re: Pedido de Autorização para Colaboração CSPSA

Boa-tarde, Sr.^a Enfermeira Carmen
UCC de Estremoz

Em nome do Sr. Presidente da Instituição, Sr Cónego Fernando [REDACTED], venho comunicar a aceitação, da parte do Centro, para colaborar no projecto apresentado, por ter sido considerado muito útil, para benefício da comunidade. Envio o formulário/modelo que estamos a utilizar, solicitando o seu preenchimento e devolução.

Reenviaremos, preenchido com a nossa parte.

Ao dispor

Cordiais cumprimentos

M. Rosário [REDACTED]

Citando Carmen [REDACTED]

de Santo André Estremoz

A Unidade de Cuidados na Comunidade de Estremoz (UCC), do Centro de Saúde de Estremoz, vem solicitar a vossa autorização para a colaboração do [REDACTED], na realização de um trabalho de Investigação/ Intervenção ao nível da turma do Jardim de Infância.

O referido trabalho será desenvolvido pela Enfermeira Laura [REDACTED], que se encontra a realizar o Estágio de 1.º ano do 2.º Semestre do Curso de Mestrado em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública, em Associação (*Escola Superior de Enfermagem S. João de Deus Évora, Escola Superior de Saúde de Setúbal, Escola Superior de Saúde de Beja, Escola Superior de Saúde de Portalegre, Escola Superior de Saúde Dr. Lopes Dias Castelo Branco*), sob a orientação da Enfermeira Especialista Em enfermagem Comunitária Carmen [REDACTED] e da Professora Doutora Ermelinda [REDACTED].

O desenvolvimento do referido trabalho tem como principal objetivo promover a aquisição de hábitos alimentares saudáveis, nas crianças em idade pré-escolar, acreditando que será uma mais valia para os vossos alunos de JI e respetivos encarregados de educação.

Grata desde já pela atenção dispensada

Atenciosamente

Carmen [REDACTED]

UCC Estremoz

Saúde Escolar

Telemóvel: [REDACTED]

Laura Duarte

Telemóvel [REDACTED]

Com os melhores cumprimentos,

Carmen [REDACTED]
UCC ESTREMOZ



SNS SERVIÇO NACIONAL
DE SAÚDE



Administração Regional de Saúde do Alentejo, IP
Largo do Jardim do Paraíso, nº 1 | 7000-864 Évora
Tel: 266 758 770 | Fax: 266 735 868
www.arsalentejo.min-saude.pt

APÊNDICE 3- Solicitação de autorização ao encarregado de dados do IPP

De: Antero [REDACTED] >
Enviado: quarta-feira, 12 de junho de 2019 16:49
Para: laura [REDACTED]
Cc: Encarregado Proteção de Dados; Correspondencia SC
Assunto: RE: Protecção de dados de projeto de intervenção comunitária e consequente relatório - Laura [REDACTED]

Ex.ma Senhora Enfermeira Laura [REDACTED]

Uma vez que não parecem estar em causa dados pessoais suscetíveis de identificar os respondentes, não temos nada a opor.
No entanto, deverão os dados ser destruídos como proposto e nos tempos propostos.
Futuros contatos para o Encarregado de Proteção de Dados do IPP, poderão ser endereçados para o mail epd[REDACTED]t em vez de para o meu mail pessoal.
Com os melhores cumprimentos,
O EPD

Antero [REDACTED]
Administrador



Praça do Município, 11 | 7300-110 Portalegre
Telef. +351 245 301 529 | Fax +351 245 330 643



Formação, investigação e desenvolvimento científico e tecnológico, serviços à comunidade e serviços sociais, em todas as unidades orgânicas do IPP.

De: laura [REDACTED]
Enviada: 11 de junho de 2019 22:59
Para: antero [REDACTED]; epd [REDACTED]
Assunto: Protecção de dados de projeto de intervenção comunitária e consequente relatório - Laura [REDACTED]

Exmo. Sr. Encarregado da Proteção de Dados do Instituto Politécnico de Portalegre,

Chamo-me Laura [REDACTED] e sou aluna do 3º Curso de Mestrado em Enfermagem em Associação na área de especialização em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública, com o número de aluna [REDACTED].

No âmbito dos estágios do curso citado, que decorre na Unidade de Cuidados na Comunidade de Estremoz - ACES Alentejo Central, pretendo desenvolver um projeto de intervenção comunitária sobre “Promoção de hábitos alimentares Saudáveis nas Crianças em Idade Pré-Escolar do Jardim de Infância [REDACTED]”

Para a elaboração do Diagnóstico de Situação, pretende-se colher dados suscetíveis de fornecer informações necessárias para a consecução do projeto, através de um questionário – Questionário de frequência alimentar e hábitos saudáveis, dirigido a crianças dos 3 aos 7 anos (Rito, A., 2007), que será aplicado de forma indireta aos representantes legais das crianças e, com o intuito de caracterizar o estado nutricional de acordo com o percentil do índice de massa corporal das crianças, será aplicada de forma indireta uma ficha de recolha de dados das medições antropométricas realizadas na última consulta de saúde infantil, com a indicação da data em anos e meses que a criança tinha quando foi avaliada ao representante legal.

Salvaguardo que toda a informação recolhida é estritamente confidencial, e que para o efeito será solicitada autorização individual a cada participante no projeto, através do preenchimento do consentimento informado, livre e esclarecido, sendo que todos os dados obtidos serão apenas utilizados e divulgados no âmbito académico.

Os documentos de recolha de dados dos participantes serão anónimos, não sendo registada informação que possibilite a sua identificação. A informação adquirida será estudada apenas pela investigadora, na forma de dados agregados, serão solicitados apenas os dados relevantes para o estudo em causa e não serão criadas bases de dados que possibilitem a identificação dos envolvidos.

Um ano após a discussão do relatório de estágio em 2020, todos os dados recolhidos serão destruídos pela investigadora.

Deste modo, e como Encarregado da Proteção de Dados do Instituto Politécnico de Portalegre, venho por este meio solicitar-lhe colaboração no direito dos participantes à proteção dos seus dados pessoais.

Saliento ainda que envio em anexo a este e-mail, o questionário e a ficha de dados antropométricos a aplicar.

Agradeço desde já pela sua atenção dispensada, ficando a aguardar a vossa resposta e estando ao dispor para eventual esclarecimento.

Com os melhores Cumprimentos

Atenciosamente

Laura [REDACTED]

APÊNDICE 4- Solicitação de autorização à DGE para aplicação de inquéritos em meio escolar

De: laura duarte [REDACTED] >

Enviada: 22 de junho de 2019 00:02

Para: Mime (DGE [REDACTED]) >

Assunto: Esclarecimento sobre pedido de autorização para aplicação de questionário a representantes legais em projeto de intervenção comunitária - IPSS

Exmo. Sr. Vitor [REDACTED],

Chamo-me Laura [REDACTED] e sou aluna do 3º Curso de Mestrado em Enfermagem em Associação na área de especialização em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública, com o número de aluna [REDACTED].

No âmbito dos estágios do curso citado, que decorre na Unidade de Cuidados na Comunidade de Estremoz - ACES Alentejo Central, pretendo desenvolver um projeto de intervenção comunitária sobre “Promoção de hábitos alimentares Saudáveis nas Crianças em Idade Pré-Escolar do Jardim de Infância [REDACTED]”.

Para a elaboração do Diagnóstico de Situação, pretende-se colher dados suscetíveis de fornecer informações necessárias para a consecução do projeto, através de um questionário – Questionário de frequência alimentar e hábitos saudáveis, dirigido a crianças dos 3 aos 7 anos (Rito, A., 2007), que será aplicado de forma indireta aos representantes legais das crianças e, com o intuito de caracterizar o estado nutricional de acordo com o percentil do índice de massa corporal das crianças, será aplicada de forma indireta uma ficha de recolha de dados das medições antropométricas realizadas na última consulta de saúde infantil, com a indicação da data em anos e meses que a criança tinha quando foi avaliada ao representante legal.

Salvaguardo que toda a informação recolhida é estritamente confidencial, e que para o efeito será solicitada autorização individual a cada participante no projeto, através do preenchimento do consentimento informado, livre e esclarecido, sendo que todos os dados obtidos serão apenas utilizados e divulgados no âmbito académico.

Os documentos de recolha de dados dos participantes serão anónimos, não sendo registada informação que possibilite a sua identificação. A informação adquirida será estudada apenas pela investigadora, na forma de dados agregados, serão solicitados apenas os dados relevantes para o estudo em causa e não serão criadas bases de dados que possibilitem a identificação dos envolvidos.

Um ano após a discussão do relatório de estágio em 2020, todos os dados recolhidos serão destruídos pela investigadora.

Deste modo, venho esclarecer junto da DGE a possível necessidade de submissão do questionário e ficha de dados antropométricos a aplicar, que envio em anexo ao vosso link:

[http://\[REDACTED\]/inqueritos-em-meio-escolar-0](http://[REDACTED]/inqueritos-em-meio-escolar-0). Envio também em anexo o CILE a entregar aos representantes legais.

Agradeço desde já a sua atenção dispensada, ficando a aguardar a vossa resposta e estando ao dispor para eventual esclarecimento.

Com os melhores Cumprimentos

Atenciosamente

Laura [REDACTED]

Telemóvel: [REDACTED]

De: Vitor [REDACTED] (DGE) <[REDACTED]> em nome de Mime (DGE)
<mime[REDACTED]>

Enviado: quarta-feira, 26 de junho de 2019 15:42

Para: 'laura [REDACTED]'

Assunto: RE: Esclarecimento sobre pedido de autorização para aplicação de questionário a representantes legais em projeto de intervenção comunitária - IPSS

Boa tarde,



Muito obrigado pelo seu contacto.

Informamos que todos os pedidos de autorização para aplicação de inquéritos/realização de estudos de investigação, em meio escolar, ao abrigo do Despacho N.º15847/2007, publicado no D.R.2ª série n.º 140 de 23 de julho, e respetivos documentos, deverão ser submetidos pela entidade para apreciação da DGE através do sistema de Monitorização de Inquéritos em Meio Escolar (MIME), concebido especificamente para esse fim: <http://mime.gepe.min-edu.pt>, alojado na página da Direção-Geral de Estatísticas da Educação e Ciência (DGEEC).

Para efeitos da proteção de dados a recolher, deverá cumprir-se o disposto na lei da proteção de dados pessoais (Lei n.º. 67/98 de 26 de outubro, alterada pela Lei n.º 103/2015, de 24 de agosto), em tudo o que não contrarie o Regulamento Geral sobre a Proteção de Dados (RGPD) - Regulamento (UE) 2016/679 do Parlamento Europeu e do Conselho da União Europeia, de 27 de abril de 2016, que passou a produzir efeitos práticos a partir de 25 de maio de 2018.

Devem consultar-se os procedimentos e requisitos a cumprir nos pedidos de autorização para aplicação de inquéritos/realização de estudos de investigação em meio escolar em [http://www.\[REDACTED\].pt/inqueritos-em-meio-escolar-0](http://www.[REDACTED].pt/inqueritos-em-meio-escolar-0).

Atentamente

 **Vitor Figueiredo**
Direção de Serviços de Projetos Educativos
Direção-Geral da Educação
Av. 24 Julho, 140 - 1399-025 Lisboa - Portugal
Tel:213934500
email: mime@dge.mec.pt
www.dge.mec.pt
 REPÚBLICA
PORTUGUESA
EDUCAÇÃO

De: mime-noreply [REDACTED].pt <mime-noreply [REDACTED]>

Enviado: terça-feira, 2 de julho de 2019 08:58

Para: lfduarte5 [REDACTED]

Assunto: Monotorização de Inquéritos em Meio Escolar: Inquérito nº 0701100001

Exmo(a)s. Sr(a)s.

O pedido de autorização do inquérito n.º 0701100001, com a designação *Frequência e hábitos alimentares em crianças em idade pré-escolar*, registado em 27-06-2019, foi rejeitado.

Avaliação do inquérito:

Exmo.(a) Senhor(a) Laura [REDACTED]

Venho por este meio informar que o pedido de realização de inquérito em meio escolar não pode ser aprovado uma vez que, submetido a análise, não cumpre os requisitos conforme se explicita nas observações.

Com os melhores cumprimentos

José [REDACTED]

Diretor-Geral

DGE

Observações:

a) Como é dito na descrição do estudo e nos seus objetivos e bem assim no Parecer da Comissão de Ética da ARSA e demais documentos anexados, ie: (...) pretendo desenvolver um projeto de intervenção comunitária, (...), (...) O projeto incide, sobre a promoção de hábitos alimentares saudáveis nas crianças da sala pré-escolar do JI-CSPSA. Para o desenvolvimento do projeto será seguida a metodologia de projeto seguindo as fases do planeamento em saúde, nomeadamente, diagnóstico de situação, planeamento, implementação e avaliação.(...); (...) Tem como objetivo geral a promoção de hábitos alimentares saudáveis em crianças da sala do pré-escolar do JICSPSA, até janeiro de 2020 (...), informa-se que a DGE não é competente para autorizar a realização de intervenções educativas/desenvolvimento de projetos e atividades/programas de intervenção/formação, em meio escolar e particularmente em sala de aula, em tempo curricular, dadas as competências da Escola/Agrupamento nos domínios da organização pedagógica, da organização curricular, da gestão estratégica, da planificação das atividades, entre outras. Os órgãos de gestão pedagógica e educativa, (a Direção, o Conselho Pedagógico e o Conselho Geral) melhor decidirão sobre a aprovação da realização das atividades previstas, e subjacentes ações de inquirição a aplicar junto das crianças no Jardim de Infância do Centro Social Paroquial de Santo André (JICSPSA) - Instituição Particular de Solidariedade Social (IPSS).

b) Mais se informa que a DGE não é competente para autorizar a realização de estudos/aplicação de inquéritos ou outros instrumentos em estabelecimentos de ensino privados.

Pode consultar na Internet toda a informação referente a este pedido no endereço

[http://mime.\[REDACTED\].pt](http://mime.[REDACTED].pt). Para tal terá de se autenticar fornecendo os dados de acesso da entidade.

Pode também reformular este pedido de autorização de inquérito, seguindo eventuais indicações dadas na Avaliação e nas Observações.

Para tal aceda aos detalhes deste pedido e escolha a opção *Editar*. Deste modo será efectuada uma nova avaliação, cuja decisão será comunicada via e-mail.

APÊNDICE 5- Parecer favorável da autora do questionário para a sua utilização e adaptação

De: Ana Rito <rito[REDACTED]>

Enviado: terça-feira, 4 de junho de 2019 08:33

Para: laura [REDACTED]

Assunto: Re: Autorização para atualização do Questionário de Frequência Alimentar e Hábitos Saudáveis dirigido a crianças dos 3-7 anos

Cara [REDACTED]

Pode sim usá-lo, mas terá de referenciar.

Ana [REDACTED], Plataforma Contra a Obesidade, DGS, 2007

Cumprimentos

Ana Isabel Rito, MMSc; PhD

Investigadora /Researcher



INSTITUTO NACIONAL DE SAÚDE DOUTOR RICARDO JORGE | NATIONAL INSTITUTE OF HEALTH DOUTOR RICARDO JORGE

Avenida Padre Cruz | 1649-016 Lisboa | PORTUGAL

TEL +351 217519331 | **MOB** +351 916055477

ana.rito@insa.min-saude.pt

www.insa.min-saude.pt

From: laura duarte [REDACTED] >

Date: Saturday, 1 June 2019 at 16:59

To: Ana Rito [REDACTED] >

Subject: Autorização para atualização do Questionário de Frequência Alimentar e Hábitos Saudáveis dirigido a crianças dos 3-7 anos

Exma. Dra. Ana [REDACTED],

O meu nome é Laura [REDACTED], enfermeira e atualmente aluna do Curso de Mestrado em Enfermagem em Associação na Área de Especialização em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública, desenvolvido pelas instituições, Escola Superior de Enfermagem de São João de Deus de Évora, Escola Superior de Saúde de Setúbal, Escola Superior de Saúde de Beja, Escola Superior de Saúde de Portalegre e a Escola Superior de Saúde Dr. Lopes Dias em Castelo Branco, encontro-me a desenvolver um projeto de intervenção na Comunidade na UCC de Estremoz, sob a orientação da Enfermeira Especialista em Enfermagem Comunitária Carmen [REDACTED] e da Professora Doutora Ermelinda [REDACTED].

A temática do projeto de intervenção incide na Promoção de hábitos alimentares saudáveis nas crianças em idade pré-escolar. O estudo irá ser realizado no Jardim de Infância [REDACTED]

Tenho consultado vários artigos e trabalhos desenvolvidos pela Dra. Ana [REDACTED] e, neste sentido, venho solicitar a sua autorização para adaptação do vosso questionário sobre frequência alimentar e hábitos saudáveis dirigido a crianças 3-7 ANOS, Plataforma contra a Obesidade, DGS, (2007), envio o mesmo em anexo.

Agradeço desde já o seu contributo para o meu trabalho.

Atentamente, com os melhores cumprimentos,

Laura [REDACTED]

Telemóvel: [REDACTED]

APÊNDICE 6- Consentimento informado, livre e esclarecido



Assunto: Consentimento Informado, Livre e Esclarecido, para participação no Projeto de Intervenção Comunitária:

“Promoção de Hábitos alimentares Saudáveis nas Crianças em Idade Pré-Escolar”

Caro(a) Representante Legal

Eu, Laura Filipa Ramalho Duarte, enfermeira e atualmente aluna do Curso de Mestrado em Enfermagem em Associação na área de especialização em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública, desenvolvido pelas instituições, Escola Superior de Enfermagem São João de Deus de Évora, Escola Superior de Saúde de Setúbal, Escola Superior de Saúde de Beja, Escola Superior de Saúde de Portalegre e a Escola Superior de Saúde Dr. Lopes Dias em Castelo Branco, encontro-me a desenvolver um projeto de intervenção comunitária na Unidade de Cuidados na Comunidade de Estremoz, no âmbito da Saúde Escolar, sob a orientação da Enfermeira Especialista em Enfermagem Comunitária Carmen Pereira e da Professora Doutora Ermelinda do Carmo Valente Caldeira.

A temática do projeto de intervenção incide na *Promoção de Hábitos Alimentares Saudáveis nas Crianças em Idade Pré-Escolar*, numa primeira fase de diagnóstico de situação tem como objetivos conhecer a frequência e hábitos alimentares, e o estado nutricional das crianças a quem o projeto se destina, sendo assim venho por este meio, convidar a Vossa crucial colaboração no preenchimento de um questionário e de uma ficha de dados antropométricos (peso, estatura, idade e sexo da criança), dirigido ao representante legal da criança. O tempo de preenchimento médio dos mesmos será de aproximadamente 20 minutos.

Saliento que a participação é voluntária e que todos os dados serão tratados de forma a garantir o sigilo, anonimato dos participantes e confidencialidade das fontes. Todos os dados recolhidos ficarão apenas na posse da investigadora, que os utilizará exclusivamente para fins do projeto referido e os destruirá um ano após a discussão do Relatório Final de estágio, em 2020. Sublinho que os nomes dos participantes não serão nunca utilizados.

Os recursos utilizados e as despesas recorrentes da implementação do projeto ficarão a cargo da investigadora.

No caso de surgirem dúvidas e/ou necessidade de qualquer esclarecimento poderá entrar em contato com a investigadora e/ou com a Enfermeira Supervisora Clínica.

	Investigadora (Laura Duarte)	Enfermeira supervisora clínica (Enf. Carmen Pereira)
E-mail	19306@ipportalegre.pt	[Redacted]
N.º de telefone/telemóvel	[Redacted]	[Redacted]
Morada	UCC Estremoz Avenida 9 Abril 7100-500 Estremoz	UCC Estremoz Avenida 9 Abril 7100-500 Estremoz

A participação não é obrigatória, não havendo qualquer consequência para quem se recuse a participar, sendo que a sua participação pode ser suspensa em qualquer momento.

Se pretender esclarecimento sobre algum assunto em relação ao tratamento dos dados pessoais do seu educando, poderá entrar em contato com Encarregado da proteção de dados do IPP e/ou Encarregado da Proteção dos Dados da ARS Alentejo

	Encarregado da proteção de dados do IPP	Encarregado da Proteção dos Dados da ARS Alentejo
E-mail	epd@ipportalegre.pt	epd@arsalentejo.min-saude.pt
N.º de telefone/telemóvel	245 301 500	266 758 770
Morada	Praça do Município, n.º 11 7300-110 Portalegre	Largo Jardim do Paraíso, n.º 1 7000-864 Évora

Caso não estejam a ser cumpridos os devidos cuidados com os dados do seu educando, o representante legal, pode se pretender apresentar reclamação à Comissão Nacional de Proteção de Dados.

	CNPD
E-mail	geral@cnpd.pt
N.º Telefone	213928400
Morada	Av. D. Carlos I, 134 - 1.º 1200-651 Lisboa
Site	https://www.cnpd.pt/

27/06/2019

(Data)

27/06/2019

(Data)

27/06/2019

(Data)

Assinatura [Redacted]

(Legível da investigadora: Laura Filipa Ramalho Duarte)

Assinatura [Redacted]

(Legível da Enfermeira Supervisora Clínica: Carmen Pereira)

Assinatura [Redacted]

(Legível da Orientadora Pedagógica: Ermelinda Caldeira)

Confirmando que expliquei à pessoa abaixo indicada, de forma adequada e inteligível, os procedimentos necessários ao ato referido neste documento. Respondi a todas as questões que me foram colocadas e assegurei-me de que houve um período de reflexão suficiente para a tomada da decisão. Também garanti que, em caso de recusa, serão assegurados os melhores cuidados possíveis nesse contexto, no respeito pelos seus direitos.

Para a entrega dos questionários, foi por mim previamente consultado o processo de inscrição no JI de cada criança e elaborada uma lista de nomes, onde somente constam o dos representantes legais das crianças. Não se encontrando assim envolvidas outras pessoas na investigação.

Nome do profissional que entrega o consentimento: _____

27/06/2019
(Data)

Assinatura _____
(Legível da educadora de Infância Greyser da Silva Rato)

Declaro ter compreendido os objetivos de quanto me foi proposto e explicado pelo profissional de saúde que assina este documento, ter-me sido dada oportunidade de fazer todas as perguntas sobre o assunto e para todas elas ter obtido resposta esclarecedora, ter-me sido garantido que não haverá prejuízo para os meus direitos se eu recusar esta solicitação, e ter-me sido dado tempo suficiente para refletir sobre esta proposta. Autorizo/Não autorizo (~~riscar o que não interessa~~) o ato indicado, bem como os procedimentos diretamente relacionados que sejam necessários no meu próprio interesse e justificados por razões clínicas fundamentadas.

Nome: _____

____/____/____
(Data)

Assinatura _____
(Legível do representante legal)

ESTE DOCUMENTO É CONSTITUÍDO POR 3 FOLHAS, SENDO ELABORADO EM DUPLICADO,
DESTINANDO-SE UMA VIA PARA A INVESTIGADORA E A OUTRA PARA QUEM CONSENTE

Elaborado de acordo com a Norma nº 015/2013 de 03/10/2013 atualizada a 04/11/2015

APÊNDICE 7- Questionário adaptado e utilizado para a recolha de dados



(a preencher pela investigadora)

Exmo. (a) Senhor(a),

O presente questionário insere-se no projeto “Promoção de Hábitos Alimentares Saudáveis nas Crianças em Idade Pré-escolar”, realizado no âmbito do Curso de Mestrado em Enfermagem em Associação na Área de Especialização em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública e pretende conhecer a frequência alimentar e os hábitos saudáveis das crianças a quem o projeto se destina.

Este questionário deverá ser preenchido pelo representante legal da criança. As respostas, quaisquer que sejam, são sempre adequadas uma vez que traduzem um modo pessoal de agir.

A sua cooperação é fundamental para o sucesso deste estudo, pelo que se solicita que responda com sinceridade às questões colocadas. Os dados recolhidos são rigorosamente confidenciais e anónimos, pedimos-lhe que não coloque o seu nome em nenhuma parte deste questionário. As suas respostas serão exclusivamente utilizadas para efeito do presente estudo, assegurando-se a confidencialidade das informações prestadas.

Se pretender esclarecer alguma dúvida ou apresentar sugestões para a melhoria da qualidade do referido trabalho, pode entrar em contato direto com a investigadora.

Agradece-se desde já a sua disponibilidade e colaboração.

Laura XXXXXXXXXX

Mail: 19306@ipportalegre.pt

Telemóvel: XXXXXXXXXX

Questionário de Frequência Alimentar e Hábitos Saudáveis

(Rito, A., Plataforma contra a Obesidade, DGS, 2007)

Assinale com um X a(s) respostas(s), ou preencha nos espaços indicados:

1. Questionário respondido por

Pai _____ Mãe _____ Irmão _____ Outro _____

Qual? _____

2. Sexo da Criança

Masculino _____ feminino _____

DADOS DA CRIANÇA – HÁBITOS ALIMENTARES

3. A sua criança nasceu com quantos meses ou semanas de gestação?

_____ meses ou _____ semanas.

4. Diga-nos o comprimento e peso da criança quando nasceu.

Peso: _____ g(gramas)

Comprimento: _____ cm (centímetros)

5. Recorde-se da alimentação do bebé no 1.º ano de vida, durante quanto tempo foi amamentado, só com leite materno?

5.1. Não foi amamentado _____

5.2. Foi amamentado: quanto tempo (dias, meses ou semanas) (Escolha e complete uma das opções)

_____ dias

_____ semanas

_____ meses

6. Em que altura (dias, meses ou semanas), lhe introduziu outro alimento, além materno? (Escolha e complete uma das opções)

_____ dias

_____ semanas

_____ meses

7. A mãe é diabética?

Sim _____

Não _____

Não sei _____

8. Enquanto a mãe esteve grávida, sofreu de diabetes gestacional?

Sim _____

Não _____

9. Quem decidiu a alimentação da criança? (Pode escolher mais do que uma opção)

Mãe _____

Pai _____

Pediatra / Médico _____

Nutricionista _____

Enfermeiro _____

Outro familiar _____, Quem? _____

Outro _____, Quem? _____

10. Quantas horas por dia, a criança passa na escola?

_____ horas

11. Da seguinte escala manifeste o seu nível de satisfação relativamente à criança na escola.

	Pouco satisfeito	Satisfeito	Muito satisfeito
Educação que a criança tem na escola			
Acompanhamento			
Grau de progresso da criança			
Alimentação que é dada na escola			
Ementa de almoços			
Ementa de lanches			
Número de refeições			
Serviços de apoio de nutrição/alimentação			

12. Como é que a criança se desloca para a escola? Assinale com uma cruz o(s) meios(s) em que se desloca e o tempo aproximado que demora em cada um.

	Nunca	Menos que 15 minutos	Entre 15 a 30 minutos	Mais que 30 minutos
A pé				
De bicicleta				
Autocarro				
Carro				
Motorizada				
Outros:				

13. Ao fim-de-semana quanto tempo em média passa a criança a andar de carro? (Escolha e complete uma das opções)

_____ horas por dia

_____ minutos por dia

_____ Não anda de carro ao Sábado e ao Domingo

14. Quanto tempo passa em média (minutos ou horas), o(a) menino (a) a ver televisão? (Junte todos os momentos em que a criança vê TV, e indique um tempo aproximado em cada dia).

	2ª feira	3ª feira	4ª feira	5ª feira	6ª feira	Sá- bado	Do- mingo
Quantos minutos ou horas por dia.							

15. Quanto tempo passa em média (minutos ou horas), o(a) menino(a) a jogar computador, Playstation[®], ou outros jogos interativos? (Junte todos os momentos em que a criança está a jogar, e indique um tempo aproximado em cada dia).

	2ª feira	3ª feira	4ª feira	5ª feira	6ª feira	Sábado	Domingo
Quantos minutos ou horas por dia.							

16. Para além da escola, a criança participa em algum desporto ou atividade física programada, do tipo, natação, ginástica, ballet, futebol, voleibol, etc.)?

Não _____

Sim _____ Qual? _____

Quanto tempo por semana? _____ horas _____ minutos

17. Para além e à exceção destes desportos e atividades que a criança frequenta, o(a) menino(a) faz algum tipo de atividade física ou atividades de lazer, do tipo jogar futebol com um familiar, andar de bicicleta, andar de triciclo, passear, brincar a correr, etc.? Por favor escreva no seguinte quadro que atividades é que a criança habitualmente faz, com que frequência, e a duração de cada momento. Se não fizer alguma destas atividades coloque um “0” na frequência, escreva as outras atividades que não constam na lista.

Escreva o que a criança faz	Frequência	Duração
	Coloque o número de vezes por semana	Quanto tempo de cada vez (minutos ou horas)
Brincar no parque infantil		
Correr com outras crianças		
Jogar à bola com alguém		
Andar de triciclo/bicicleta		
Ouvir histórias, brincar com livros		
Passear na rua		

18. Atualmente, quanto tempo em média dorme a criança durante a noite?

_____ horas _____ minutos

19. Normalmente em dia de escola, a que horas a criança acorda?

_____ horas e _____ minutos

20. A que horas chega à escola?

_____ horas e _____ minutos

21. A criança tem por hábito comer/beber, antes ou durante o período de sono?

Não _____


Sim _____ O quê? _____

INSTRUÇÕES PARA O PREENCHIMENTO DO QUESTIONÁRIO DE FREQUÊNCIA ALIMENTAR DIRIGIDO A CRIANÇAS DOS 3 AOS 7 ANOS


O questionário divide-se em grupos de alimentos para facilitar a resposta. Na coluna da **“Frequência Alimentar”** o representante legal, deve assinalar o respetivo círculo de quantas vezes por dia, semana ou mês, o seu educando, menor de 7 anos, comeu em média cada um dos alimentos referidos na lista. Não se esqueça de assinalar no círculo respetivo os alimentos que nunca come, ou come menos de 1 vez por mês.


Em relação à coluna **“Quantidade”** deve ser assinalado se a porção que come habitualmente é igual, maior ou menor do que a referida como porção média.


Para os alimentos que só são consumidos, em determinadas épocas do ano (por ex: cerejas, dióspiros, etc) assinale as vezes em que o alimento foi consumido nessa época e selecione a opção na última coluna **(Sazonal)**

	Frequência Alimentar					Quantidade				
	Nunca ou raramente	1x de 15-15 dias	1-3x por sem	4-7x por sem	Mais de 1x por dia	Porção Média	Menor	Igual	Maior	Sazonal
Leite Gordo						1 chávena = 250 ml				
Leite Meio Gordo						1 Chávena = 250 ml				
Leite Magro						1 Chávena = 250 ml				
Leite especial crescimento						1 Chávena = 250 ml				
Leite de cabra ou ovelha						1 Chávena = 250 ml				
Leite em pó						1 Chávena = 250 ml				
Leite de soja						1 Chávena = 250 ml				
logurtes						1 = 125g				
logurtes infantis						1 = 100g				
Queijinhos petit suisse®, Danoninhos® e similares						1 = 55g				
Sobremesas Lácteas: pudim, etc.						Uma				
Queijo semicurado, curado ou cremoso						1 Fatia /porção = 30g				
Queijo fresco, requeijão ou magro cremoso						1 Fatia /porção = 30g				
Gelados						Uma ou duas bolas				

	Frequência Alimentar					Quantidade				
	Nunca ou raramente	1x de 15-15 dias	1-3x por sem	4-7x por sem	Mais de 1x por dia	Porção Média	Menor	Igual	Maior	Sazonal
Carne de vaca, porco, cabrito, borrego, como prato principal						1 Porção = 120g				
Carne de frango, peru, coelho, como prato principal						2 Peças ou ¼ de frango				
Língua, mão de vaca, tripas, chispe, coração, fígado, rim						1 Porção = 120g				
Frango ou peru em panados industriais, McNuggets®						1 Médio				
Croquetes, pasteis de carne, rissois de carne						1 Médio				
Hambúrguer						1 Médio				
Salsichas						3 Médias				
Fiambre, chouriço, salpicão, presunto, bacon, etc.						2 Fatias ou 3 Rodelas				
Boião de carne (Nestlé®, Bledina®, etc.)						1 Boião = 200g				
Soja e produtos derivados (flocos, grãos, hambúrguer, tofu, seita, etc.)						1 Porção = 120g				
Ovos						Um				

	Frequência Alimentar					Quantidade				
	e Hábitos Alimentares Saudáveis Laura Filipa Ramalho Duarte					Porção Média	Menor	Igual	Maior	Sazonal
	Nunca ou raramente	1x de 15-15 dias	1-3x por sem	4-7x por sem	Mais de 1x por dia					
Peixe magro: pescada, faneca, dourada, etc.						1 Porção = 125g				
Bacalhau						1 Posta média				
Peixe gordo: sardinha, cavala, carapau, salmão, etc.						1 Porção = 125g				
Peixe em conserva: atum, sardinha, etc.						1 Lata				
Lulas, polvo, chocos, etc.						1 Porção = 100g				
Peixe panado ou frito, rissóis de peixe, pastéis de bacalhau, Mcfish®, Douradinhos®						3 Unidades				
Camarão, amêijoas, mexilhão, etc.						1 Prato de sobremesa				
Boião de peixe (Nestlé®, Bledina®, etc.)						1 Boião = 200g				


	Frequência Alimentar					Quantidade				
	Nunca ou raramente	1x de 15-15 dias	1-3x por sem	4-7x por sem	Mais de 1x por dia	Porção Média	Menor	Igual	Maior	Sazonal
Azeite						1 Colher de sopa				
Óleos: girassol, milho, soja, etc.						1 Colher de sopa				
Manteiga						1 Colher de chá				
Margarina						1 Colher de chá				


	Frequência Alimentar					Quantidade				
	Nunca ou raramente	1x de 15-15 dias	1-3x por sem	4-7x por sem	Mais de 1x por dia	Porção Média	Menor	Igual	Maior	Sazonal
Pão branco ou tostas						1 ou 2 tostas				
Pão (ou tostas) integral, centeio, mistura						1 ou 2 tostas				
Broa, broa de avintes						1 Fatia = 80g				
Pão de forma						1 Fatia = 25g				
Pão doce						1				
Arroz cozinhado						½ Prato				
Massas, esparguete, macarrão cozinhados						½ Prato				
Lasanha, cannellones						½ Prato				

	Frequência Alimentar					Quantidade				
	Nunca ou raramente	1x de 15-15 dias	1-3x por sem	4-7x por sem	Mais de 1x por dia	Porção Média	Menor	Igual	Maior	Sazonal
Pizza						Meia pizza média				
Batatas fritas caseiras						½ Prato				
Batatas fritas de pacote						1 Pacote pequeno				
Batatas cozidas, assadas, estufadas, ou puré de batata						2 Batatas médias				
Papas tipo Cerealac®, Nestum®, etc.						1 Taça = 25g + 160ml de leite				
Cereais crocantes açucarados ou achocolatado (Estrelitas®, Chocapic®, etc.)						1 Taça = 30g + 125ml de leite				
Cereais crocantes integrais (Weetabix®, Allbrando®, etc.)						1 Taça = 30g + 125ml de leite				
Cereais crocantes magros sem açúcar (Cornflakes®, Kellogs®, Fitness®, etc.)						1 Taça = 30g + 125ml de leite				

	Frequência Alimentar					Quantidade				
	Nunca ou raramente	1x de 15-15 dias	1-3x por sem	4-7x por sem	Mais de 1x por dia	Porção Média	Menor	Igual	Maior	Sazonal
Leguminosas cozinhadas: feijão, grão-de-bico						½ Chávena ou ½ prato				
Ervilha grão, fava cozinhada						½ Chávena ou ¼ prato				
Couve branca, couve lombarda cozinhadas						½ Chávena				
Penca, tronchuda cozinhadas						½ Chávena				
Couve-galega cozinhada						½ Chávena				
Brócolos cozinhados						½ Chávena				
Couve-flor, couve-bruxelas cozinhada						½ Chávena				
Grelos, nabichas, espinafres cozinhados						½ Chávena				
Feijão-verde cozinhado						½ Chávena				
Milho doce cozido						½ Chávena				
Alface, agrião						½ Chávena				
Tomate fresco						3 Rodelas				
Pimento						6 Rodelas				
Pepino						¼ Médio				
Cenoura						1 Média				
Cebola						½ Média				
Boião de sopa (Nestlé®, Blédina®, etc)						1 Boião = 250 ml				

	Frequência Alimentar					Quantidade				
	Nunca ou raramente	1x de 15-15 dias	1-3x por sem	4-7x por sem	Mais de 1x por dia	Porção Média	Menor	Igual	Maior	Sazonal
Maçã, pêra						1 Média				
Laranja, tangerina						1 Média, 2 médias				
Banana						1 Média				
Kiwi						1 Médio				
Morangos e cerejas						1 Chávena				
Pêssego, ameixa						1 Médio, 3 médias				
Melão, Melancia						1 Fatia média				
Diospiro						1 Médio				
Figo fresco, nêspersas, damascos						3 Médios				
Uvas frescas						1 Cacho médio				
Frutos conserva: pêssegos, ananás, etc						2 Metades ou rodelas				
Frutos secos: amêndoas, avelãs, amendoins, nozes, etc						½ Chávena s/casca				
Azeitonas						6 unidades				
Boião de fruta (Nestlé®, Blédina®, etc)						1 Boião = 100 a 130 g				

	Frequência Alimentar					Quantidade				
	Nunca ou raramente	1x de 15-15 dias	1-3x por sem	4-7x por sem	Mais de 1x por dia	Porção Média	Menor	Igual	Maior	Sazonal
Ice-tea® ou extratos vegetais						1 Garrafa pequena ou lata				
Refrigerantes, sumos de fruta gaseificados						1 Garrafa pequena ou lata				
Sumos de fruta concentrados (sunny-delight®) ou néctares embalados						1 Garrafa pequena ou lata ou 1 pacote				
Sumos de fruta natural com polpa						1 copo				
Sumos de fruta natural sem polpa						1 copo				
Coca-cola® ou outras colas						1 Garrafa pequena ou lata				
Café de cevada (incluído ou adicionado a outras bebidas)						1 Chávena de café				
Chá preto e verde						1 Chávena				
Chá de aroma						1 Chávena				

	Frequência Alimentar					Quantidade				
	Nunca ou raramente	1x de 15-15 dias	1-3x por sem	4-7x por sem	Mais de 1x por dia	Porção Média	Menor	Igual	Maior	Sazonal
Bolachas tipo Maria® ou torrada						3 Bolachas				
Outras bolachas ou biscoitos						3 Bolachas				
Croissants, pastéis ou bolos						Um; 1 fatia				
Chocolate (tablete ou em pó)						3 Quadradinhos; 1 colher de sopa				
Snacks de chocolate (Mars®, Twix®, Kitkat®, etc)						Um				
Mamelada, compota, geleia, mel						1 Colher de sobremesa				
Açúcar						1 Colher de sobremesa; 1 Pacote				

22. Durante o último ano teve dificuldade para conseguir que a criança comesse o que desejava para ela? (Escolha uma das opções)

Sim, muita dificuldade _____

Sim, alguma dificuldade _____

Sim, ocasionalmente _____

Não, nenhuma dificuldade _____

22.1. Se respondeu sim, descreva os problemas que sentiu:

23. Responda conforme o seu grau de preocupação em relação ao comportamento alimentar da criança, nas refeições feitas em casa, durante o último ano:

	Sim, preocupo-me muito	Sim, preocupo-me um bocado	Sim, mas não me preocu- pou	Não, isto não aconteceu
A criança não comeu a quantidade suficiente por iniciativa própria				
Escondeu a comida, que você achou que ela comeu				
Fez algum tipo de birra e não aceitou algum tipo de alimento				
Comeu exageradamente				
Teve dificuldades em conseguir ter hábitos alimentares de rotina				

24. Quantas vezes por mês normalmente o seu filho (a) come fora de casa? (não contar com as refeições da escola). Se nenhuma, coloque 00.

Época normal		Período de férias	
Em casa de amigos	_____ vezes	Em casa de amigos	_____ vezes
Com amigos	_____ vezes	Com amigos	_____ vezes
Cafés/Restaurantes tradicionais	_____ vezes	Cafés/Restaurantes tradicionais	_____ vezes
Época normal		Período de férias	
Restaurantes, fast-food (ex: McDonalds®, pizzaHut®, etc)	_____ vezes	Restaurantes, fast-food (ex: McDonalds®, pizzaHut®, etc)	_____ vezes
Outros:	_____ vezes	Outros:	_____ vezes

25. Quando vai às compras para a casa ou para a família, normalmente escolhe alimentos para a criança que no rótulo conste:

	Frequentemente	Às vezes	Nunca
"Baixo teor em açúcar"			
"Adição de ferro" ou "Rico em ferro"			
Adição de outro suplemento ou vitamina Qual? _____			

26. Na maior parte das refeições que a sua criança faz em casa:

	Sempre	Quase Sempre	Às vezes	Quase Nunca	Nunca
Come a mesma comida que a restante família					
Come uma comida diferente					

APÊNDICE 8- Ficha de dados antropométricos



(a preencher pela investigadora)

Exmo. (a) Senhor(a),

A presente ficha de recolha de dados antropométricos (peso, estatura, idade e sexo da criança), insere-se no projeto “Promoção de Hábitos Alimentares Saudáveis nas Crianças em Idade Pré-escolar”, realizado no âmbito do Curso de Mestrado em Enfermagem em Associação na área de especialização em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública.

A sua cooperação é fundamental para o sucesso deste estudo, pelo que se solicita que responda com sinceridade e exatidão às questões colocadas. Os dados recolhidos são rigorosamente confidenciais e anónimos, pedimos-lhe que não coloque o seu nome em nenhuma parte deste documento.

As suas respostas serão exclusivamente utilizadas para efeito do presente estudo, assegurando-se a confidencialidade das informações prestadas.

Agradece-se desde já a sua disponibilidade e colaboração.

Laura [Redacted]

Telemóvel: [Redacted]

Mail: 19306@ipportalegre.pt

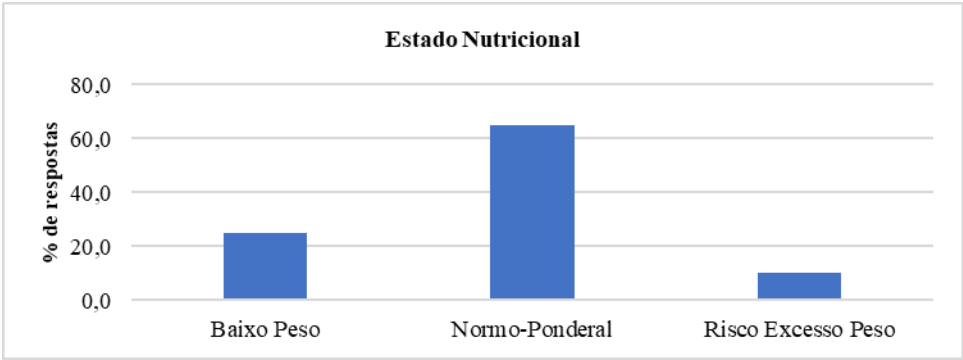
Ficha de dados antropométricos

Preencha nos espaços indicados e assinale com um X a resposta

- Com o intuito de caracterizar o estado nutricional de acordo com o percentil do índice de massa corporal, indique os dados das medições antropométricas (Peso e Estatura) que constam no Boletim Individual de Saúde Infantil, avaliados na última consulta no médico de família / pediatra. Indique também a idade (anos e meses) que a criança tinha no momento da respetiva avaliação e o sexo da criança.

Peso:	____, ____ Kg (Quilogramas)
Estatura:	____, ____ cm (centímetros)
Idade da criança no momento da avaliação:	_____ anos e _____ meses
Sexo da Criança:	Masculino _____ Feminino _____

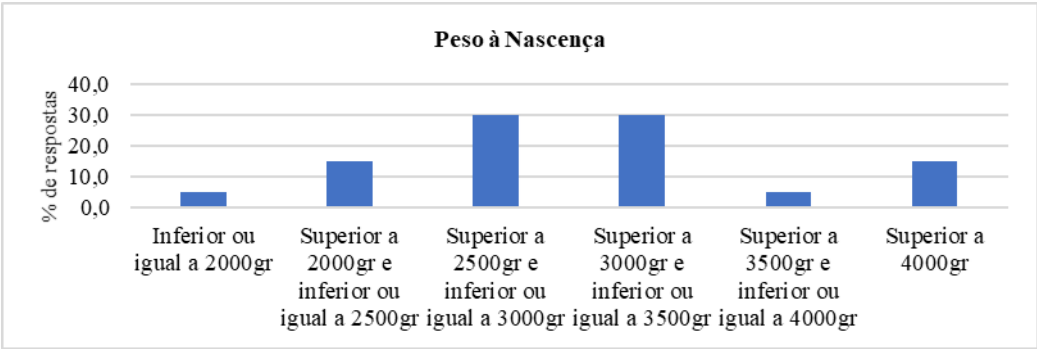
APÊNDICE 9- Distribuição percentual do estado nutricional das crianças em função das curvas de referência da OMS.



APÊNDICE 10- Distribuição percentual da avaliação do estado nutricional e período de amamentação

		Até 15 dias de vida	Entre 16 a 30 dias de vida	Durante o 2º mês de vida	Durante o 3º ou 4º mês de vida	Durante o 5º ou 6º mês de vida	Entre o 7.º mês e o 12º mes de vida	Superior ao 12º mês de vida
	N							
Período de Amamentação (%)	18	27,8	11,1	5,6	27,8	5,6	5,6	16,7
N - número de casos válidos								

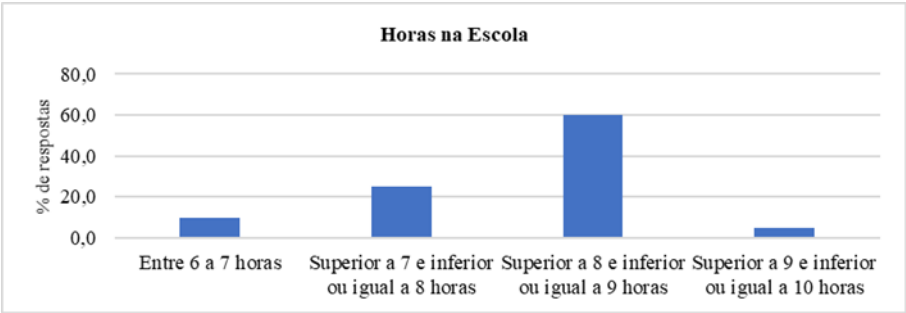
APÊNDICE 11- Distribuição percentual do peso à nascença



APÊNDICE 12- Distribuição percentual da introdução de outro alimento além do leite materno

	N	Até 15 dias de vida	Entre 16º e 30º dia de vida	Durante o 2º ou 3º mês de vida	Durante o 4º ou 5º mês de vida	Igual ou superior ao 6º mês de vida
Período de Introdução de outro alimento (%)	18	16,7	16,7	11,1	22,2	33,3
N - número de casos válidos						

APÊNDICE 13- Distribuição percentual do período despendido pelas crianças na escola



APÊNDICE 14- Distribuição percentual do tempo médio a assistir a programas televisivos por semana

	N	Inferior ou igual a 1h por dia	Superior a 1h e inferior ou igual a 2h por dia	Superior a 2h e inferior ou igual a 3h por dia	Superior a 3h e inferior ou igual a 4h por dia
Média de tempo diária de TV semanal (%)	19	26,3	21,1	47,4	5,3
N - número de casos válidos					

APÊNDICE 15- Distribuição percentual do tempo médio despendido em jogos digitais

	N	Inferior ou igual a 1h por dia	Superior a 1h e inferior ou igual a 2h por dia
Média de tempo diária de jogos semanal (%)	14	71,4	28,6
N - número de casos válidos			

APÊNDICE 16- Distribuição percentual da preocupação do representante legal em relação ao comportamento alimentar da criança

Preocupação em relação ao comportamento alimentar da criança (%)				
	N	Sim, preocupo-me/ preocupo-me um bocado	Sim, mas não me preocupo	Não, isto não aconteceu
Não comeu a quantidade suficiente por iniciativa própria	18	55,6	22,2	22,2
Escondeu a comida	18			100,0
Fez birra	19	52,6	21,1	26,3
Comeu exageradamente	18	22,2	11,1	66,7
Teve dificuldades em conseguir hábitos alimentares de rotina	19	31,6		68,4
N- número de casos válidos				

APÊNDICE 17- Distribuição percentual da refeição da criança

	N	Sempre/ Quase sempre	Às vezes	Quase nunca	Nunca
Mesmo tipo de comida da criança e adulto (%)	19	73,7	15,8	5,3	5,3
N - número de casos válidos					

APÊNDICE 18- Distribuição percentual da preocupação dos respondentes quanto à escolha de alimentos aquando de aquisição de produtos alimentares

Preocupação em relação à escolha de alimentos quando vai às compras (%)				
	N	Frequentemente	Às vezes	Nunca
Baixo teor de açúcar	18	33,3	44,4	22,2
Adição de ferro	19	15,8	57,9	26,3
Outro suplemento	15	20,0	13,3	66,7
N- número de casos válidos				

APÊNDICE 19 - Distribuição percentual da frequência e PMR da ingestão de leite, laticínios e produtos lácteos por parte das crianças

Distribuição percentual da frequência da ingestão de leite, lacticínios e produtos lácteos pelas crianças

Ingestão de Leite, Lacticínios e produtos Lácteos (Frequência %)						
	N	Nunca ou raramente	1 x de 15 em 15 dias	1 a 3 x Semana	4 a 7 x semana	+ de 1 x dia
Leite Gordo	19	94,7				5,3
Leite Meio Gordo	19	15,8		15,8	21,1	47,4
Leite Magro	19	100,0				
Iogurtes	19	15,8		5,3	36,8	42,1
Iogurtes Infantis	19	36,8	5,3	21,1	21,1	15,8
Queijinhos e danoninhos	19	31,6	15,8	21,1	15,8	15,8
Sobremesas Lácteas	19	47,4	21,1	21,1	5,3	5,3
Gelados	19	26,3	36,8	36,8		
N - número de casos válidos						

Distribuição percentual da PMR entre a ingestão de leite, lacticínios e produtos lácteos pelas crianças

Ingestão de Leite, Lacticínios e produtos Lácteos (PMR %)					
	N	Menor	Igual	Maior	Sazonal
Leite Gordo	18	100,0			
Leite Meio Gordo	16	18,8	50,0	25,0	6,3
Leite Magro	20	100,0			
Iogurtes	16	6,3	68,8	18,8	6,3
Iogurtes Infantis	13	53,8	30,8	7,7	7,7
Queijinho e danoninhos	13	7,7	46,2	38,5	7,7
Sobremesas Lácteas	12	8,3	66,7	16,7	8,3
Gelados	14	21,4	64,3		14,3
N - número de casos válidos					

APÊNDICE 20- Distribuição percentual da frequência e PMR da ingestão de carne e produtos similares / ovos por parte das crianças

Distribuição percentual da frequência da ingestão de carne e produtos similares / ovos pelas crianças

Ingestão de Carne e produtos similares / Ovos (Frequência %)						
	N	Nunca ou raramente	1 x de 15 em 15 dias	1 a 3 x Semana	4 a 7 x semana	+ de 1 x dia
Carne Vaca, Porco, Cabrito	17	29,4	23,5	23,5	11,8	11,8
Carne Frango, Peru, Coelho	18	11,1		50,0	33,3	5,6
Panados industriais frango, peru	19	47,4	42,1	5,3		5,3
Croquetes, Pastéis, Rissóis	19	52,6	42,1	5,3		
Hambúrgueres	20	55,0	45,0			
Salsichas	19	47,4	42,1	10,5		
Fiambre, Chouriço, Salpicão	19	26,3	36,8	31,6	5,3	
Boião Carne	20	95,0	5,0			
Soja e derivados	20	95,0	5,0			
Ovos	19	36,8	15,8	42,1	5,3	
N - número de casos válidos						

Distribuição percentual da PMR entre a ingestão de carne e produtos similares / Ovos pelas crianças

Ingestão de Carne e produtos similares / Ovos (PMR %)					
	N	Menor	Igual	Maior	Sazonal
Carne Vaca, Porco, Cabrito	14	35,7	64,3		
Carne Frango, Peru, Coelho	17	41,2	52,9	5,9	
Panados industriais frango, peru	11	18,2	81,8		
Croquetes, Pastéis, Rissóis	10	50,0	50,0		
Hambúrgueres	10	30,0	70,0		
Salsichas	9	33,3	55,6	11,1	
Fiambre, Chouriço, Salpicão	14	21,4	64,3	7,1	7,1
Boião Carne	19	100,0			
Soja e derivados	2	50,0	50,0		
Ovos	14	7,1	64,3	28,6	
N - número de casos válidos					

APÊNDICE 21- Distribuição percentual da frequência da ingestão e PMR de peixe e marisco por parte das crianças

Distribuição percentual da frequência da ingestão de peixe e marisco pelas crianças

Ingestão de Peixe e Marisco (Frequência %)						
	N	Nunca ou raramente	1 x de 15 em 15 dias	1 a 3 x Semana	4 a 7 x semana	+ de 1 x dia
Peixe Magro	19	10,5	10,5	63,2	10,5	5,3
Bacalhau	19	31,6	47,4	21,1		
Peixe Gordo	20	45,0	20,0	35,0		
Peixe Conserva	19	47,4	31,6	21,1		
Peixe Panado ou frito, rissóis de peixe, pasteis bacalhau	18	33,3	50,0	16,7		
N - número de casos válidos						

Distribuição percentual da PMR entre a ingestão de peixe e mariscos pelas crianças

Ingestão de Peixe e Marisco (PMR %)					
	N	Menor	Igual	Maior	Sazonal
Peixe Magro	18	27,8	55,6	16,7	
Bacalhau	14	42,9	57,1		
Peixe Gordo	13	38,5	53,8	7,7	
Peixe Conserva	12	33,3	50,0	8,3	8,3
Peixe Panado ou frito, rissóis de peixe, pasteis bacalhau	14	28,6	64,3	7,1	
N - número de casos válidos					

APÊNDICE 22- Distribuição percentual da frequência e PMR da ingestão de Óleos e Gorduras por parte das crianças

Distribuição percentual da frequência da ingestão de Óleos e Gorduras pelas crianças

Ingestão de Óleos e Gorduras (Frequência %)						
	N	Nunca ou raramente	1 x de 15 em 15 dias	1 a 3 x Semana	4 a 7 x semana	+ de 1 x dia
Azeite	19	5,3		31,6	42,1	21,1
Óleos	19	63,2	21,1	10,5	5,3	
Manteiga	19	5,3		47,4	26,3	21,1
Margarina	19	57,9	15,8	10,5	10,5	5,3
N - número de casos válidos						

Distribuição percentual da PMR entre a ingestão de óleos e gorduras pelas crianças

Ingestão de Óleos e Gorduras (PMR %)					
	N	Menor	Igual	Maior	Sazonal
Azeite	18	22,2	66,7	5,6	5,6
Óleos	9	22,2	55,6	22,2	
Manteiga	18	22,2	55,6	22,2	
Margarina	10	30,0	60,0		10,0
N - número de casos válidos					

APÊNDICE 23 - Distribuição percentual da frequência e PMR da ingestão de Frutas por parte das crianças

Distribuição percentual da frequência da ingestão de Frutas pelas crianças

Ingestão de Frutas (Frequência %)						
	N	Nunca ou raramente	1 x de 15 em 15 dias	1 a 3 x Semana	4 a 7 x semana	+ de 1 x dia
Maçã e Pêra	19	31,6			47,4	21,1
Laranja e Tangerina	19	42,1	15,8	26,3	15,8	
Banana	19	10,5	15,8	47,4	21,1	5,3
Kiwi	19	31,6	36,8	26,3	5,3	
Morangos e Cerejas	19	15,8	21,1	26,3	31,6	5,3
Pêssego e Ameixas	19	36,8	21,1	26,3	10,5	5,3
Melão e Melância	19	26,3	15,8	21,1	26,3	10,5
Uvas	19	26,3	26,3	15,8	26,3	5,3
Fruta Conserva	19	78,9	15,8			5,3
Frutos Secos (Amêndoas, avelãs)	20	45,0	45,0	10,0		
Boião de fruta	20	85,0		10,0	5,0	
N - número de casos válidos						

Distribuição percentual da PMR entre a ingestão de frutas pelas crianças

Ingestão de Frutas (PMR %)							
	N	Menor	Igual	Maior	Menor/ Sazonal	Igual/Sazonal	Sazonal
Maçã e Pêra	19	5,3	73,7	21,1			
Laranja e Tangerina	11	18,2	54,5	27,3			
Banana	17	11,8	76,5	11,8			
Kiwi	14	7,1	78,6	14,3			
Morangos e Cerejas	16	6,3	50,0	6,3	37,5		
Pêssego e Ameixas	15	13,3	53,3		26,7	6,7	
Melão e Melância	16	6,3	50,0		43,8		
Uvas	16	18,8	56,3	6,3	18,8		
Fruta Conserva	7	42,9	42,9				14,3
Frutos Secos (Amêndoas, avelãs)	10	60,0	30,0	10,0			
Boião de fruta	5	40,0	60,0				
N - número de casos válidos							

APÊNDICE 24- Distribuição percentual da frequência e PMR da ingestão de Bebidas por parte das crianças

Distribuição percentual da frequência da ingestão de Bebidas pelas crianças

Ingestão de Bebidas (Frequência %)						
	N	Nunca ou raramente	1 x de 15 em 15 dias	1 a 3 x Semana	4 a 7 x semana	+ de 1 x dia
IceTea ou Extratos Vegetais	19	31,6	15,8	36,8	5,3	10,5
Refrigerantes Gaseificados	19	78,9	10,5	10,5		
Sumos Fruta Concentrados	19	47,4	26,3	21,1	5,3	
Sumos Fruta Natural c/ Polpa	19	68,4	10,5	15,8	5,3	
Sumos Fruta Natural s/ Polpa	19	68,4	15,8	10,5	5,3	
Coca Cola	20	85,0	10,0		5,0	
N - número de casos válidos						

Distribuição percentual da PMR entre a ingestão de Bebidas pelas crianças

Ingestão de Bebidas (PMR %)					
	N	Menor	Igual	Maior	Sazonal
IceTea ou Extratos Vegetais	15	46,7	46,7		6,7
Refrigerantes Gaseificados	5	60,0	20,0		20,0
Sumos Fruta Concentrados	11	36,4	54,5	9,1	
Sumos Fruta Natural c/ Polpa	7	14,3	71,4	14,3	
Sumos Fruta Natural s/ Polpa	6	16,7	66,7	16,7	
Coca Cola	5	80,0	20,0		
N - número de casos válidos					

APÊNDICE 25- Mascote do projeto de intervenção comunitária



APÊNDICE 26- Pulseira entregue no final do estágio às crianças, educadora de infância e auxiliares educativas.



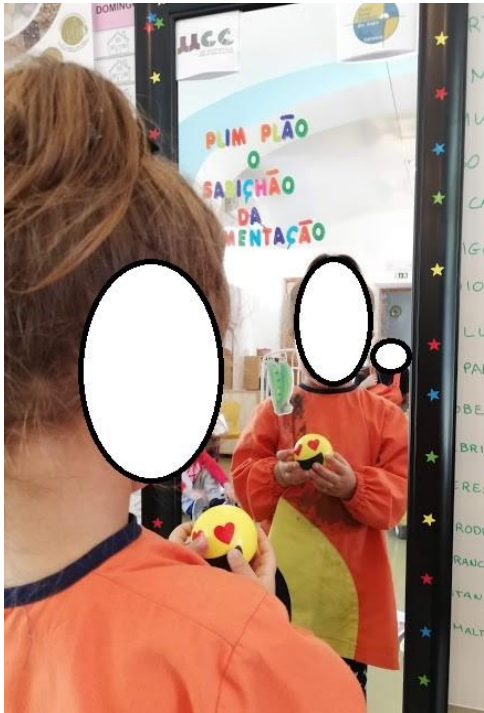
APÊNDICE 27- Atividade 1- Sessão de educação para a saúde “O semáforo da alimentação”

Sessão de educação para a Saúde: “O semáforo da Alimentação”							
Objetivo geral: No final da sessão as crianças da Sala das Descobertas sejam capazes de categorizar os alimentos, tendo por base a escolha mais saudável							
Atividade:	Quem:	Quando:	Métodos:	Recursos	Objetivos específicos	Avaliação:	Indicadores de avaliação:
Sessão de educação para a saúde dirigida às crianças da Sala das descobertas sobre os alimentos saudáveis e menos saudáveis.	Enfermeiro Mestrando; - Enfermeiro Orientador.	Dia 30 de setembro de 2019 às 9h00	Demonstrativo; Interrogativo; Ativo; Expositivo; Dinâmica pedagógica em grupo	Humanos (Enfermeiro Mestrando; Enfermeiro Orientador; Educadora de Infância; Auxiliar de Ação Educativa); Materiais (Cartolinas; Alimentos Didáticos; Emojis em papel, Caneta, livro de registo).	Que 80% das crianças participem na sessão de educação para a saúde; Que 30% das crianças consigam nomear pelo menos 3 alimentos saudáveis.	Participação; Respeito pelos colegas; Registo de ocorrências; Evidências da sessão.	Nº de crianças presentes/Nº total de crianças x 100; Nº de crianças que conseguiram realizar a tarefa/ Nº total de crianças presentes x 100.



APÊNDICE 28- Atividade 2- Sessão de educação para a saúde “Eu sou o que como e como me vejo”

Sessão de educação para a Saúde: “Eu sou o que como e como me vejo”							
Objetivo geral: No final da sessão as crianças da Sala das Descobertas sejam capazes de identificar os alimentos que devem contemplar e eliminar da sua alimentação							
Atividade:	Quem:	Quando:	Métodos:	Recursos	Objetivos específicos	Avaliação:	Indicadores de avaliação:
Sessão de educação para a saúde dirigida às crianças da Sala das descobertas sobre os alimentos que devem contemplar na sua alimentar e eliminar na sua alimentação.	Enfermeiro Mestrando; - Enfermeiro Orientador.	Dia 7 de Outubro de 2019 às 11h.	Demonstrativo; Interrogativo; Ativo; Expositivo; Dinâmica pedagógica em grupo	Humanos (Enfermeiro Mestrando; Enfermeiro Orientador; Educadora de Infância; Auxiliar de Ação Educativa); Materiais (Espelho; Alimentos de Silicone; Emojis em bola; Caneta, livro de).	Que 80% das crianças participem na sessão de educação para a saúde; Que 30% das crianças consigam ter a capacidade de selecionar 2 alimentos e associá-los aos momentos/ocasiões em que devem ingeri-los.	Participação; Respeito pelos colegas; Registo de ocorrências; Evidências da sessão.	Nº de crianças presentes/Nº total de crianças x 100; Nº de crianças que conseguiram realizar a tarefa/ Nº total de crianças presentes x 100.



APÊNDICE 29- Atividade 3- Sessão de educação para a saúde “Vamos à pesca dos alimentos”

Sessão de educação para a Saúde: “Vamos à pesca dos alimentos”							
Objetivo geral: No final da sessão as crianças da Sala das Descobertas consigam identificar e separar os alimentos saudáveis dos menos saudáveis							
Atividade:	Quem:	Quando:	Métodos:	Recursos	Objetivos específicos	Avaliação:	Indicadores de avaliação:
Sessão de educação para a saúde dirigida às crianças da Sala das descobertas sobre a importância de uma alimentação saudável.	Enfermeiro Mestrando; - Enfermeiro Orientador.	Dia 14 de outubro de 2019 às 11h00	Demonstrativo; Interrogativo; Ativo; Expositivo; Dinâmica pedagógica em grupo	Humanos (Enfermeiro Mestrando; Enfermeiro Orientador; Educadora de Infância; Auxiliar de Ação Educativa); Materiais (Alguidar com água, alimentos didáticos, cestos: amarelo, Vermelho e verde 2 Camaroeiros Caneta, papel de registo).	Que 80% das crianças participem na sessão de educação para a saúde; Que 30% das crianças consigam separar pela cor dos cestos 8 alimentos saudáveis, 8 menos saudáveis e 8 que se comam só em dias de festa.	Participação; Respeito pelos colegas; Registo de ocorrências; Evidências da sessão.	Nº de crianças presentes/Nº total de crianças x 100; Nº de crianças que conseguiram realizar a tarefa/ Nº total de crianças presentes x 100.



APÊNDICE 30- Atividade 4- Sessão de educação para a saúde “Aprendo a construir a roda a alimentação mediterrânica”

Sessão de educação para a Saúde: “Aprendo a construir a roda da alimentação mediterrânica”							
Objetivo geral: No final da sessão as crianças da Sala das Descobertas sejam capazes de elaborar a roda da alimentação mediterrânica							
Atividade:	Quem:	Quando:	Métodos:	Recursos	Objetivos específicos	Avaliação:	Indicadores de avaliação:
Sessão de educação para a saúde dirigida às crianças da Sala sobre a importância de uma alimentação variada, equilibrada e completa.	Enfermeiro Mestrando; - Enfermeiro Orientador.	Dia 26 de novembro de 2019 às 9h.	Demonstrativo; Interrogativo; Ativo; Expositivo; Dinâmica pedagógica em grupo	Humanos (Enfermeiro Mestrando; Enfermeiro Orientador; Educadora de Infância; Auxiliar de Ação Educativa); Materiais (Contraplacado branco; Caneta de acetato; Velcro, Caneta, papel de registo).	Que 80% das crianças participem na sessão de educação para a saúde; Que 30% das crianças consigam nomear pelo menos 2 alimentos de cada grupo da roda dos alimentos.	Participação; Respeito pelos colegas; Registo de ocorrências; Evidências da sessão.	Nº de crianças presentes/Nº total de crianças x 100; Nº de crianças que conseguiram realizar a tarefa/ Nº total de crianças presentes x 100.



APÊNDICE 31- Atividade 5- Sessão de educação para a saúde “Atividades didáticas sobre alimentação saudável”

Sessão de educação para a Saúde: “Atividades didáticas sobre alimentação saudável”							
Objetivo geral: No final da sessão as crianças da Sala das Descobertas quem sensibilizadas para a importância da alimentação variada, equilibrada e completa.							
Atividade:	Quem:	Quando:	Métodos:	Recursos	Objetivos específicos	Avaliação:	Indicadores de avaliação:
Sessão de educação para a saúde dirigida às crianças da Sala das descobertas de forma a sensibilizar as crianças a efetuarem uma alimentação equilibrada, recorrendo a diversos jogos didáticos sobre o tema em questão.	Enfermeiro Mestrando; - Enfermeiro Orientador; - Educadora de Infância; - Auxiliar de ação educativa	Dia 3 de dezembro de 2019 às 9h00	Demonstrativo; Interrogativo; Ativo; Expositivo; Dinâmica pedagógica em grupo	Humanos (Enfermeiro Mestrando; Enfermeiro Orientador; Educadora de Infância; Auxiliar de Ação Educativa); Materiais (Jogos didáticos para a faixa etária das crianças em estudo, sobre a temática; Caneta, papel de registo).	Que 80% das crianças participem na sessão de educação para a saúde; Que 30% das crianças consigam sejam capazes de distinguir pelo menos 2 alimentos saudáveis de 2 menos saudáveis através das atividades didáticas executadas	Participação; Respeito pelos colegas; Registo de ocorrências; Evidências da sessão.	Nº de crianças presentes/Nº total de crianças x 100; Nº de crianças que conseguiram realizar a tarefa/ Nº total de crianças presentes x 100.



APÊNDICE 32- Atividade 6- Sessão de educação para a saúde “A História do Rato Renato - Aprendo a confeccionar uma sopa saudável”

Sessão de educação para a Saúde: “– A História do Rato Renato - Aprendo a confeccionar uma sopa saudável”							
Objetivo geral: No final da sessão as crianças da Sala das Descobertas sejam capazes de identificar alimentos através do tato e olfato que são podem ser usados para confeccionar uma sopa							
Atividade:	Quem:	Quando:	Métodos:	Recursos	Objetivos específicos	Avaliação:	Indicadores de avaliação:
Sessão de educação para a saúde dirigida às crianças da Sala das descobertas sobre a importância de ingerir sopa às refeições e conhecer alimentos através do tato e olfato.	Enfermeiro Mestrando; - Enfermeiro Orientador.	Dia 6 de janeiro de 2019 às 9h.	Demonstrativo; Interrogativo; Ativo; Expositivo; Dinâmica pedagógica em grupo	Humanos (Enfermeiro Mestrando; Enfermeiro Orientador; Educadora de Infância; Auxiliar de Ação Educativa); Materiais (alimentos: batata doce, batata, abóbora, cenouras, espinafres, cebola, alho, azeite, grão, feijão, sal, água, panela, concha, Caneta, papel de registo).	Que 80% das crianças participem na sessão de educação para a saúde; Que 40% das crianças consigam nomear pelo menos 4 alimentos possíveis de usar para confeccionar uma sopa.	Participação; Respeito pelos colegas; Registo de ocorrências; Evidências da sessão.	Nº de crianças presentes/Nº total de crianças x 100; Nº de crianças que conseguiram realizar a tarefa/ Nº total de crianças presentes x 100.



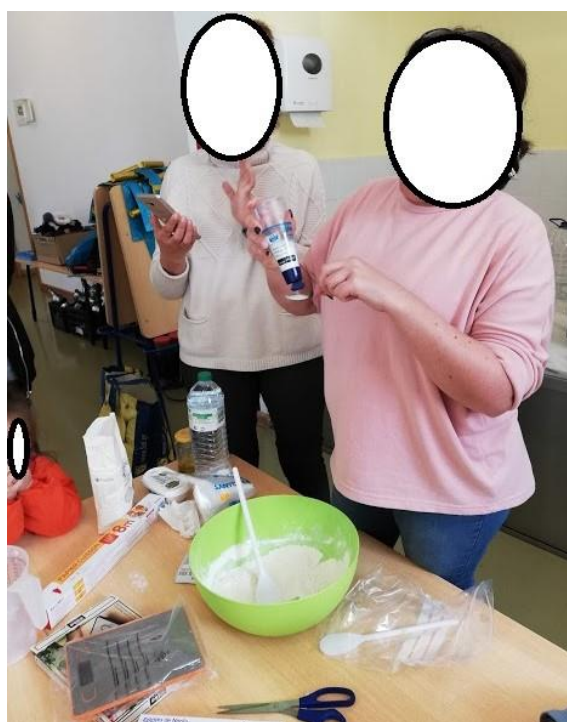
APÊNDICE 33- Atividade 7- Sessão de educação para a saúde “O Yoga vai à minha escola”

Sessão de educação para a Saúde: “O Yoga vai à minha escola”							
Objetivo geral: No final da sessão as crianças da Sala das Descobertas aumentem os seus conhecimentos sobre a importância da adoção de estilos de vida saudáveis – o Yoga, como fonte de qualidade de vida física e psicossocial							
Atividade:	Quem:	Quando:	Métodos:	Recursos	Objetivos específicos	Avaliação:	Indicadores de avaliação:
Dinâmica de atividade física em grupo, dirigida às crianças da Sala das Descobertas, com a colaboração de um representante legal formador de Yoga.	Enfermeiro Mestrando; - Enfermeiro Orientador; - Representante Legal formador de Yoga.	Dia 10 de fevereiro de 2019 às 9h.	Demonstrativo; Interrogativo; Ativo; Expositivo; Dinâmica pedagógica em grupo	Humanos (Enfermeiro Mestrando; Enfermeiro Orientador; Educadora de Infância; Auxiliar de Ação Educativa; Representante Legal formador de Yoga); Materiais (Almofadas individuais, telemóvel, colunas portáteis, caneta, caderno de registos).	Que 80% das crianças participem na dinâmica de atividade física de Yoga; Que 20% das crianças consigam nomear 2 vantagens do exercício físico para a saúde.	Participação; Respeito pelos colegas; Registo de ocorrências; Evidências da sessão.	Nº de crianças presentes/Nº total de crianças x 100; Nº de crianças que conseguiram realizar a tarefa/ Nº total de crianças x 100.



APÊNDICE 34- Atividade 8- Sessão de educação para a saúde “Aprendo como se faz o pão”

Sessão de educação para a Saúde: “Aprendo como se faz o pão”							
Objetivo geral: No final da sessão as crianças da Sala das Descobertas consigam entender como se faz o pão							
Atividade:	Quem:	Quando:	Métodos:	Recursos	Objetivos específicos	Avaliação:	Indicadores de avaliação:
Sessão de educação para a saúde dirigida às crianças da Sala das Descobertas com vista a compreenderem a constituição do pão.	Enfermeiro Mestrando; - Enfermeiro Orientador; Representante Legal de um aluno.	Dia 10 de fevereiro às 14h00	Demonstrativo; Interrogativo; Ativo; Expositivo; Dinâmica pedagógica em grupo	Humanos (Enfermeiro Mestrando; Enfermeiro Orientador; Educadora de Infância; Auxiliar de Ação Educativa; Representante Legal de um aluno); Materiais (Farinha de Centeio sem glúten; Água; Sal; Levedura; papel vegetal, Azeite, Forno, Caneta, papel de registo).	Que 80% das crianças participem na sessão de educação para a saúde; Que 60% das crianças consigam nomear pelo menos 2 ingredientes utilizados no fabrico do pão.	Participação; Respeito pelos colegas; Registo de ocorrências; Evidências da sessão.	Nº de crianças presentes/Nº total de crianças x 100; Nº de crianças que conseguiram realizar a tarefa/ Nº total de crianças presentes x 100.



APÊNDICE 35- Atividade 9- Sessão de educação para a saúde dirigida aos representantes legais “Bem comer, dá saúde e faz crescer”

Sessão de educação para a Saúde: “ Bem comer, dá saúde e faz crescer”							
Objetivo geral: No final da sessão os representantes legais das crianças da Sala das Descobertas aumentem os seus conhecimentos sobre alimentação saudável e equilibrada.							
Atividade:	Quem:	Quando:	Métodos:	Recursos	Objetivos específicos	Avaliação:	Indicadores de avaliação:
Sessão de educação para a saúde dirigida aos representantes legais das crianças da Sala das Descobertas sobre: promoção de hábitos alimentares saudáveis em idade pré-escolar	Enfermeiro Mestrando; - Enfermeiro Orientador.	Dia 11 de fevereiro às 18h00	Demonstrativo; Interrogativo; Ativo; Expositivo; Dinâmica pedagógica em grupo	Humanos (Enfermeiro Mestrando; Enfermeiro Orientador; Educadora de Infância; Auxiliar de Ação Educativa) Materiais (vídeo projetor, computador portátil, roda da alimentação mediterrânica completa pelas crianças, caneta, registo de ocorrências).	Que 40% dos representantes legais participem na sessão de educação para a saúde; Que 60% dos representantes legais consigam nomear 3 benefícios para a saúde, decorrentes de uma alimentação saudável.	Participação; Respeito pelos colegas; Registo de ocorrências; Evidências da sessão.	Nº de representantes legais presentes/Nº total de representantes x 100; Nº de representantes legais com resposta correta/ Nº total representantes legais presentes x 100.



**POLITÉCNICO
DE PORTALEGRE**
Escola Superior
de Saúde



IPS
Instituto Politécnico
de Saúde



UNIVERSIDADE DE ÉVORA
Faculdade de Engenharia
e Arquitetura



FEA
Faculdade de Engenharia
e Arquitetura



ESS
Escola Superior de Saúde
do Politécnico de Évora

**3º CURSO DE Mestrado EM ENFERMAGEM EM ASSOCIAÇÃO
ENFERMAGEM DE SAÚDE COMUNITÁRIA E DE SAÚDE PÚBLICA**

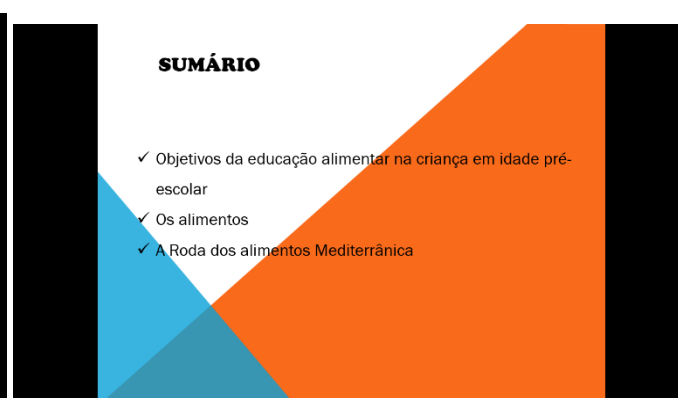


**PLIM PLÃO
O
SABICHÃO**

**DA
ALIMENTAÇÃO**

Docentes:
Osteopata Pedagógica: Professora Doutora Ermelinda Caldeira (PhD)
Enfermeira Supervisora Clínica: Enf.ª Especialista Carmen Pereira
Líderadora de Turmas: Professora Graziela Mândes

Alunos:
Laura Duarte nº 19300



SUMÁRIO

- ✓ Objetivos da educação alimentar na criança em idade pré-escolar
- ✓ Os alimentos
- ✓ A Roda dos alimentos Mediterrânica

The infographic is titled "DIETA DA ALIMENTAÇÃO MEDITERRÂNEA" (Mediterranean Diet) with the subtitle "CULTURA, TRADIÇÃO E EQUILÍBRIO!" (Culture, Tradition and Balance!). It features a central circular food pyramid divided into segments representing different food groups: vegetables, fruits, grains, legumes, dairy, and oils. Surrounding the pyramid are icons for various food items like bread, olive oil, and nuts. A large orange banner on the right side contains the word "PORÇÃO" (Portion). At the bottom, there are logos for the Ministry of Health (Ministério da Saúde), the Department of Nutrition (Departamento de Nutrição), and the DGS (Direção-Geral de Saúde).

The diagram illustrates the three fundamental principles of healthy nutrition, represented by a large, stylized letter 'A' composed of three colored triangles: blue (left), orange (right), and white (center). The principles are labeled as follows:


- Completa** (Complete): Represented by a plate of food including meat, vegetables, and fruit.
- Variada** (Varied): Represented by a large white arrow pointing upwards.
- Equilibrada** (Balanced): Represented by a circular diagram divided into four quadrants, each with a different food group and icon: Hortaliças e Legumes (Vegetables and Legumes), Frutas (Fruits), Grãos (Grains), and Proteínas (Proteins).

Below the 'A' shape, the text **Três princípios fundamentais** (Three fundamental principles) and **Alimentação Saudável** (Healthy Nutrition) is displayed.

Constituição Da Roda Dos Alimentos

Água

- ✓ Não possui um grupo próprio
- ✓ Assume a posição central na nova roda dos alimentos.



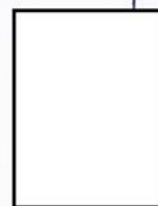
Faz parte da constituição de quase todos os alimentos.

APÊNDICE 36- Grelha de avaliação da qualidade da sessão de educação para a saúde dirigida aos representantes legais.

Adaptada à de Jorge, R., (2018). Promoção de hábitos alimentares saudáveis em crianças em idade pré-escolar: Uma intervenção contextualiza – Alimentação equilibrada é a escolha adequada. Relatório de mestrado em Enfermagem. Universidade de Évora.

MESTRADO EM ENFERMAGEM EM ASSOCIAÇÃO							
Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública							
Estágio final							
Tema: “Promoção de hábitos alimentares em idade pré-escolar- Plim Plão o Sabichão da alimentação”							
Aluna mestranda: Laura Duarte							
Dia: ____		Hora (s): ____		Local: JICSPSA			
Avaliação da qualidade da sessão							
		1	2	3	4	5	
Pertinência da apresentação	Pouco pertinente						Muito pertinente
Conteúdos apresentados	Muito adequados						Muito adequados
Estrutura da sessão	Muito incorreta						Muito correta
Meios, métodos, e recursos utilizados	Muito inadequados						Muito adequados
Esclarecimento da temática	Pouco esclarecedora						Muito esclarecedora
Modificação futura de estratégias/comportamentos	Pouco provável						Muito provável
Aquisição de novos conhecimentos	Aquisição reduzida						Aquisição elevada

APÊNDICE 37- Protocolo de colaboração entre a UCC do Centro de Saúde de Estremoz- ACES
Alentejo Central e o CSPA



Protocolo de colaboração

entre a

Administração Regional e Saúde do Alentejo I.P./

Agrupamentos de Saúde do Alentejo Central

e o

Centro Social e Paroquial de Santo André de Estremoz (CSPSA)

Entre,

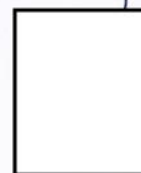
A **Administração Regional de Saúde do Alentejo, I.P.**, com sede em Évora, no Largo do Jardim do Paraíso., n.º 1, 7000-864, contribuinte n.º 503 148 768, sendo neste ato, e por delegação de competências, representada pela Diretora Executiva do **Agrupamento dos Centros de Saúde do Alentejo Central**, Maria Laurência Grou Parreirinha Gemito, como **Primeira Outorgante**,

e,

O **Centro Social e Paroquial de Santo André**, Instituição Particular de Solidariedade Social, com sede em Estremoz, na Estrada Nacional ao Gil 18, 7100-075, cujos estatutos se encontram registados na Direção Geral da Segurança Social sob no livro das IPSSS n.º3, sob o n.º 123/85 a fls. 22 verso e 23 em Novembro de 1985, representado pelo Presidente Exmo.º Sr.º Cônego – Fernando Afonso, como **Segundo Outorgante**.



Código
Imp2 Ptd7 PG1
Revisão/Data
0/Ano00 2013



Considerando que a,

Administração Regional de Saúde do Alentejo, I.P./ Agrupamento de Centros de Saúde do Alentejo Central,

Vem a desenvolver um projeto de Intervenção comunitária no âmbito da Promoção de Hábitos Alimentares Saudáveis ao nível do Jardim Infantil cujas funções são concretizar o projeto, assegurando a confidencialidade e anonimato da informação recolhida, tendo por base os princípios éticos e legais vigentes.

Centro Social e Paroquial de Santo André de Estremoz

No âmbito das suas competências pessoais, possui a competência de toda a colaboração que lhe for solicitada desde que no interesse da sua instituição, o que manifestamente se consubstancia no presente protocolo.

Cláusula 1.ª

(Objeto e âmbito)

O presente protocolo formaliza a cooperação entre a Primeira Outorgante e o Segundo Outorgante, no âmbito de um projeto de Intervenção Comunitária, sobre Hábitos Alimentares Saudáveis aí nível do Jardim Infantil do CSPSA.

Clausula 2.ª

(objetivos)

- Caracterizar a frequência alimentar e Hábitos Alimentares dos alunos;
- Identificar possíveis fatores de risco que condicionem a adoção de Hábitos de Vida Saudáveis
- Dinamizar intervenções promotoras da adoção de Hábitos Alimentares saudáveis.



Código
Imp2.Prd7.PG1
Revisão/Data
0/Ano 2013



Clausula 3.^a

(Deveres da Administração Regional de Saúde do Alentejo, I.P.)

Através da UCC de Estremoz com uma enfermeira e uma aluna mestranda do IPP,

- Aplicar o instrumento de colheita de dados sobre frequência alimentar e hábitos saudáveis aos representantes legais das crianças da sala do Jardim Infantil do CSPSA;
- Apresentar resultados obtidos aos intervenientes;
- Elaborar um plano de intervenção para a Promoção de Hábitos Alimentares saudáveis;
- Executar as intervenções planeadas;
- Despesas, a cargo da aluna mestranda;
- Concretizar o projeto, assegurando a confidencialidade e anonimato da informação recolhida tendo por base os princípios éticos e legais vigentes.

Clausula 4.^a

(Deveres do CSPSA)

- Solicitar a colaboração dos representantes legais das crianças do Jardim Infantil, para a concretização deste projeto de Intervenção Comunitária;
- Disponibilizar espaço físico e temporal para a realização de 12 intervenções entre junho de 2019 e junho de 2020.
- Colaborar no estabelecimento de parcerias para dinamização das intervenções promotoras de saúde
- Sugerir intervenções que considere adequadas e Promotoras de Saúde.



Código
Imp2 Prd7.PG1
Revisão/Data
0/Anno 2013



Clausula 5.ª

(Vigência e denúncia)

O protocolo tem a duração de um ano, contados a partir da data da sua assinatura. A rescisão da respetiva parceria, deverá ser comunicada com 90 dias de antecedência ao parceiro, por escrito, para que o outro possa criar condições e alternativas, de modo a não causar transtorno aos destinatários.

Clausula 6.ª

(Omissões e questões emergentes)

As omissões e questões emergentes do presente protocolo serão solucionadas conjuntamente pelos outorgantes.

O presente protocolo é assinado e rubricado em dois exemplares, de igual valor, para cada um dos outorgantes.

Évora, 07. de 06. de 2019

A Diretora Executiva do Agrupamento de
Centros de Saúde do Alentejo Central

DOUTORA MARIA LAURÊNCIA GEMITO

Doutora Maria Laurência Gemito

O Presidente do CSPSA

Exmo.º Sr.º Cônego Fernando Afonso



Código
Imp2 Prd7 PG1
Revisão Data
0/Anexo 2013

APÊNDICE 38- Cronograma das atividades

	ANO	2019								2020					
	Meses	mai.	jun.	jul.	ago.	set.	out.	nov.	dez.	jan.	fev.	mar.	abr.	mai.	jun.
	Atividades														
	Diagnostico da situação														
	Determinação de prioridades														
	Fixação de objetivos														
	Seleção de estratégias														
	Preparação operacional														
	Apresentação de resultados e divulgação do projeto														
	Reunião com patrocinadores														
	Sessão de Educação para a Saúde: "O semáforo da alimentação"					30									
	Sessão de Educação para a Saúde: "Eu sou o que como e como me vejo"						7								
	Sessão de Educação para a Saúde: "Vamos à pesca dos alimentos"							14							
	Sessão de Educação para a Saúde: "Aprendo a construir a roda da alimentação mediterrânica								26						
	Sessão de Educação para a Saúde: "Atividades Didáticas sobre Alimentação Saudável								3						
	Sessão de Educação para a saúde: "A história do rato Renato-Aprendo a confeccionar uma sopa saudável									6					
	Sessão de Educação para a Saúde: "o Yoga vai à minha escola"										10				
	Sessão de Educação para a Saúde: "Aprendo como se faz o pão"											10			
	Sessão de Educação para a Saúde: "Bem comer, dá saúde e faz crescer"												11		
	Entrega da fita referente ao projeto											6			
	Elaboração de um artigo científico										1				
	Avaliação do projeto														

APÊNDICE 39- Elaboração de um artigo científico



3º CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM EM ASSOCIAÇÃO ENFERMAGEM DE SAÚDE COMUNITÁRIA E DE SAÚDE PÚBLICA

Unidade Curricular Estágio Final

2º Ano/ 1º Semestre

HÁBITOS ALIMENTARES NA IDADE PRÉ-ESCOLAR

Autora:

Laura Duarte nº 19306

Évora, janeiro de 2020

Instituto Politécnico de Portalegre – Escola Superior de Saúde

Instituto Politécnico de Setúbal – Escola Superior de Saúde
Universidade de Évora – Escola Superior de Enfermagem São João de Deus
Instituto Politécnico de Beja – Escola Superior de Saúde
Instituto Politécnico de Castelo Branco – Escola Superior de Saúde Dr. Lopes Dias

3º Curso de Mestrado em Enfermagem em Associação
Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública

Unidade Curricular Estágio Final
2º Ano/ 1º Semestre

HÁBITOS ALIMENTARES NA IDADE PRÉ-ESCOLAR

FOOD HABITS IN PRE-SCHOOL AGE

HABITOS ALIMENTARIOS EN EDAD PRE-ESCOLAR

Évora, janeiro de 2020

Docentes:

Orientadora Pedagógica: Professora Doutora Ermelinda Caldeira (PhD)

Enfermeira Supervisora Clínica: Enfermeira Especialista em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública, Carmen Pereira

Laura Filipa Ramalho Duarte, Licenciada em Enfermagem pela Universidade de Évora; Enfermeira no Hospital do Espírito Santo de Évora, EPE, no serviço de ortopedia/oftalmologia e otorrinolaringologia; aluna de Mestrado em Enfermagem em Associação - Instituto Politécnico de Portalegre – Escola Superior de Saúde, Instituto Politécnico de Setúbal – Escola Superior de Saúde, Universidade de Évora – Escola Superior de Enfermagem São João de Deus, Instituto Politécnico de Beja – Escola Superior de Saúde, Instituto Politécnico de Castelo Branco – Escola Superior de Saúde Dr. Lopes Dias; lfduarte5@hotmail.com

RESUMO

Objetivo: Caraterizar a frequência e os hábitos alimentares das crianças da sala do pré-escolar de um Jardim Infantil de uma zona urbana do distrito de Évora.

Metodologia: Estudo transversal, descritivo, de abordagem quantitativa. Amostra por conveniência constituída por 20 crianças do ensino pré-escolar e os representantes legais. Diagnostico da situação, efetuado por inquérito por questionário anónimo, aplicado de forma indireta ao representante legal da criança. Tratamento estatístico e análise dos dados, realizado com recurso ao Software Statistical Package for Social Sciences versão 2.4 e Microsoft Office Excel.

Resultados: Verificou-se que a maioria das crianças apresentava um estado nutricional normo-ponderal e, comportamentos alimentares infantis comprometidos no consumo diário e variedade de, cereais e derivados e de leguminosas.

Conclusões: A seleção da temática da Promoção de Hábitos Alimentares Saudáveis em crianças em Idade Pré-Escolar permitiu efetuar uma considerável pesquisa bibliográfica sobre a mesma. Um projeto de intervenção comunitária, terá benefícios para todos os envolvidos no mesmo, cada indivíduo ocupa uma posição diferente no projeto, mas todos se complementam e, juntos, transformam e adquirem conhecimentos novos, proporcionando um futuro ganho para a saúde da população.

Palavras-chave: Enfermagem em Saúde Comunitária, Saúde Escolar, Promoção da Saúde, Hábitos Alimentares.

ABSTRACT

Objective: Characterize the frequency and eating habits of children in the preschool room of a kindergarten in an urban area of Évora district.

Method: Cross-sectional, descriptive study with a quantitative approach. Convenience sample consisting of 21 preschool children and legal representatives. Diagnosis of the situation by an anonymous questionnaire survey indirectly applied to the child's legal representative. Statistical treatment and data analysis, performed using the Statistical Package for Social Sciences software version 2.4 and Microsoft Office Excel.

Results: It was found that most children had a normal nutritional status and infant eating behaviors compromised in daily consumption and variety of cereals and derivatives and legumes.

Conclusion: The selection of the theme of the Promotion of Healthy Eating Habits in Preschool Children allowed us to carry out a considerable bibliographic research on the theme, that a community intervention project will have benefits for everyone involved in it, each individual occupies a different position in the project, but all complement each other and together transform and acquire new knowledge, providing a future gain for the health of the population.

Keywords: Community Health Nursing, School health, Health Promotion, Eating habits

RESUMEN

Objetivo: Caracterizar la frecuencia y los hábitos alimenticios de los niños en la sala de preescolar de un jardín de infantes en una zona urbana del distrito de Évora.

Metodología: Estudio descriptivo de corte transversal, con enfoque cuantitativo. Muestra de conveniencia compuesta por 20 niños en edad preescolar y representantes legales. Diagnóstico de la situación mediante una encuesta de cuestionario anónimo aplicada indirectamente al representante legal del niño. Tratamiento estadístico y análisis de datos, realizado utilizando el paquete Estadístico para el software de Ciencias Sociales versión 2.4 y Microsoft Office Excel.

Resultados: Se encontró que la mayoría de los niños tenían un estado nutricional normal y comportamientos de alimentación infantil comprometidos en el consumo diario y la variedad de cereales, derivados y legumbres.

Conclusiones: La selección del tema de Promoción de hábitos alimenticios saludables en niños en edad pre-escolar permitió una considerable investigación bibliográfica sobre el tema. Creo que un proyecto de intervención comunitaria tendrá beneficios para todos los involucrados en él. Cada individuo ocupa una posición diferente en el proyecto, pero todos se complementan entre sí y juntos transforman y adquieren nuevos conocimientos, proporcionando una ganancia futura para la salud de la población.

Palabras llave: Enfermería de salud comunitaria, salud escolar, promoción de la salud, hábitos alimenticios.

APÊNDICE 40- Diário de Bordo, utilizado ao longo das sessões de educação para a saúde às crianças

Adaptado ao de Caldeira, E., (2015). Promoção da saúde e desenvolvimento dos adolescentes: a educação sexual em contexto escolar. Tese de Doutoramento. Universidade de Lisboa

Diário de Bordo

Promoção de Hábitos Alimentares Saudáveis:
Uma Intervenção dirigida às Crianças em idade Pré-Escolar
“Plim Plão, o Sabichão da Alimentação”



Autora:

Laura te

Orientadora: Professora Doutora Ermelinda

Enf.^a Orientadora: Enfermeira especialista Carmen

Mestrado em Enfermagem

Área de especialização: Enfermagem comunitária e de Saúde Pública

APÊNDICE 41- Ficha de avaliação das sessões de educação para a saúde às crianças preenchidas pela mestrandia após cada sessão

Adaptado ao de Caldeira, E., (2015). Promoção da saúde e desenvolvimento dos adolescentes: a educação sexual em contexto escolar. Tese de Doutoramento. Universidade de Lisboa

Diário/registo de Atividade

Atividade/Tema:	Data: ____/____/____		
Observação das crianças			
Nível de Participação¹			
Fazem perguntas		1 2 3	
Dão a sua opinião		1 2 3	
Participam ativamente nas atividades		1 2 3	
Descrição da forma como correu a atividade (incidentes, e sucessos significativos; problemas e dificuldades nas atividades; interação no grupo; motivação; adequação da atividade)			
Sugestões			

- | |
|------------------------------|
| 1. Nunca ou quase nunca |
| 2. Algumas vezes |
| 3. Bastantes ou muitas vezes |